

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1977 - N° 272

L'OFFRE DE SOIN PSYCHIATRIQUE

**Essai de définition de quelques repères sémiologiques
et thérapeutiques en psychiatrie, à travers une réflexion
historique sur la naissance de la psychothérapie relationnelle
et une mise en perspective de notre expérience clinique
de formation.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 22 Juin 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gérard MICHEL

né le 23 Juin 1946

à BOURG-EN-BRESSE (Ain)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1977 - N° 272

L'OFFRE DE SOIN PSYCHIATRIQUE

**Essai de définition de quelques repères sémiologiques
et thérapeutiques en psychiatrie, à travers une réflexion
historique sur la naissance de la psychothérapie relationnelle
et une mise en perspective de notre expérience clinique
de formation.**



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 22 Juin 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gérard MICHEL

né le 23 Juin 1946

à BOURG-EN-BRESSE (Ain)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARRÉL

Année 1977 - N° 275

L'OFFRE DE SOIN PSYCHIATRIQUE

Essai de définition de quelques repères sémiologiques
et thérapeutiques en psychiatrie à travers une réflexion
historique sur la naissance de la psychiatrie relationnelle
et une mise en perspective de notre expérience clinique
de formation.



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 25 Juin 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gérard MICHEL

né le 23 Juin 1946

à BOURG-EN-BRESSE (Ain)

— UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I —

Président de l'Université	M. le Professeur D. GERMAIN
Vice Président	M. le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice Président	M. B. ROUSSET
Troisième Vice Président	M. R. LOPEZ
Secrétaire Général	M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

Médecine :	
GRANGE BLANCHE	M. le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS CARREL	M. le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST	M. le Professeur J. NORMAND
LYON NORD	Directeur : M. le Docteur J.P. NEIDHARDT
	Directeur honoraire : M. le Professeur A. BERTOYE
Biologie Humaine	M. le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)
Techniques de Réadaptation	M. le Docteur A. MORGON (MCA)
Sciences Pharmaceutiques	M. le Professeur BIZOLLON
Sciences Odontologiques	M. le Docteur R. VINCENT
Institut régional d'éducation physique et sportive ..	Président du conseil d'UER : M. le Professeur
	R. GUILLET,
	Directeur M. A. MILLON
Mathématiques	M. le Professeur E. COMBET
Physique	M. le Professeur J. DELMAU
Chimie et Biochimie	M. le Professeur J. HUET
Sciences de la Nature	M. le Professeur R. GINET
Sciences Physiologiques	Mlle le Professeur J.F. WORBE
Institut Universitaire et Technologie n°1	M. le Professeur B. POUYET
Institut Universitaire et Technologie n°2	M. J. GALLET (Directeur ENSAM)
Observatoire	M. M. MONNET (Astronome Adjoint)
Physique Nucléaire	M. le Professeur GUSAKOW
Mécanique	Mlle le Professeur G. COMPTE-BELLOT.



A. DORVILLE

A. DAVIGNY

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. COLIN
Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN
Monsieur le Professeur Agrégé M. MARIE-CARDINE

A DORIAN,

A DAVID.

A MON PERE

A MA MERE

Pour tout ce que je leur dois.....

A MON FRERE

A MA SOEUR.

A MA BELLE-MERE

Très affectueusement.

A TOUTE MA FAMILLE

Neveux et nièces

Beaux-frères et belles-soeurs.

A MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

*Nous le remercions d'avoir accepté la présidence
de notre jury.*

*C'est un honneur d'avoir été son élève et de
nous réclamer de son école.*

*Nous lui exprimons notre profonde et respectueuse
gratitude.*

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Ils sont aujourd'hui nos juges, mais ils sont d'abord nos maîtres : dans l'expérience vivante de la pratique quotidienne, ils nous ont formé et permis de définir nos options.

Après les avoir quitté, au moment de notre internat, nous avons essayé, à propos des problèmes que nous rencontrions, de penser par nous-même ce qu'ils nous ont transmis.

Qu'ils en trouvent ici le témoignage. Puissent-ils l'apprécier avec indulgence.

A Monsieur le Professeur M. COLIN

L'ouverture de son enseignement à la notion de sociopathie dont il est l'inventeur, élargit le champ psychiatrique.

Le séminaire de psychologie médicale que nous avons suivi, sous sa direction, pendant un an, reste pour nous l'exemple d'un travail vivant ; c'est à dire comportant à la fois, la relation toujours heureuse d'une expérience et le regard auto-critique sur elle. Le goût du paradoxe donnait à cette recherche sa vraie dimension : l'allure d'une aventure risquée, tentante, allant de l'avant vers le dépassement des difficultés.

Nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre déferente reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN

La recherche qu'il animait au cours de ses séminaires nous a inspiré le sujet de cette thèse. Son enseignement nous a aidé à systématiser certaines vagues intuitions.

Nous lui demandons de bien vouloir accepter l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé M. MARIE—CARDINE

Nous le remercions vivement de l'exigence avec laquelle il nous a appris la rigueur du travail clinique. Nous lui devons notre approche de la psychiatrie de communauté par les consultations au dispensaire de BRON—LAPAGERE et à domicile où il acceptait de nous laisser des responsabilités. Sa disponibilité nous permit de profiter, pendant de longues heures prises sur ses soirées, de l'étendue de sa culture. Il n'a jamais ménagé son temps pour nous aider dans la préparation des examens. Il nous a formé à l'expérimentation psychopharmacologique et a toujours su se montrer compréhensif à l'égard de nos difficultés.

Il nous a fait l'honneur de nous donner sa confiance et son amitié. Nous regrettons que l'éloignement ne nous ait plus permis de jouer encore ensemble, à quelques trop rares moments de loisir, de la musique.

A NOS MAITRES DE STAGE

A Monsieur le Professeur PLAUCHU HOTEL-DIEU 1970

Si nous savons un peu de médecine, c'est grâce à l'excellence de son enseignement clinique. Mais plus encore, nous lui devons le respect pour la souffrance du malade et une grande leçon d'humilité devant les limites de la médecine.

Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur BECACHE VINATIER 1971

A Monsieur le Docteur PERRIN VINATIER 1971

A Monsieur le Docteur DUBOR VINATIER 1972

A Monsieur le Docteur HOUSER BOURG 1973

C'est à travers eux, pendant nos années d'externat et de stage interne que nous avons pris notre premier contact avec la psychiatrie. La qualité de leur enseignement constituera de solides bases pour nos engagements futurs.

Qu'ils acceptent l'expression de nos sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur CARRY BOURG 1974

Nous gardons le meilleur souvenir de son accueil souriant au début de notre internat, et lui savons gré de l'attention qu'il prenait à notre formation clinique. Nous lui en témoignons notre gratitude.

A Monsieur le Docteur CALLIER BOURG 1974

Il animait un séminaire de sémiologie relationnelle que nous avons suivi pendant deux ans. Puis, il a plus directement soutenu nos efforts théoriques et pratiques, en prenant sur son temps, pour contrôler une psychothérapie. Il nous a guidé et conseillé avec bienveillance. Nous lui devons notre pressentiment des réalités psychanalytiques.

Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

A Madame le Docteur Jeanine MIDENET

BASSENS 1975

Si ce n'était l'insolence de la métaphore, pourquoi conviendrait-il de taire qu'elle aura joué dans notre initiation, un rôle équivalent à celui de la "jeune fille laide" du PERCEVAL de CHRETIEN de TROYES : c'est reconnaître la valeur décisive de sa rencontre, dans notre détermination à nous éloigner des soins psychiatriques aliénants, et sans laquelle cette thèse ne serait pas née. Qu'elle en soit remerciée.

A Monsieur le Docteur Jean MORENON

BASSENS 1976

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère reconnaissance pour ce que lui doit notre réflexion : elle affirme et prolonge notre opposition à son triomphalisme satisfait de médecin aliéniste, supporté par un défaitisme thérapeutique constitutif d'une authentique antipsychiatrie dont il aimait aussi se réclamer. Mais pour nous, avant tout il reste un maître et un ami.

A Monsieur le Docteur Claude SAILLANT

SEVREY 1977

La chaleur enthousiaste de son accueil, sa sensibilité et sa spontanéité mesurée nous ont réconforté à un moment difficile. Nous avons apprécié le respect qu'il porte aux avis des infirmiers et des internes qu'ils considèrent comme ses proches collaborateurs. L'attention avec laquelle il favorise leurs initiatives et veille à élargir les conditions de traitement psychiatrique, afin d'échapper à l'impérialisme du secteur public, en évitant toute forme d'aliénation pour ses malades et son personnel, nous ont fait regretter de ne pas travailler plus longtemps avec lui. Nous le prions d'accepter le témoignage de notre reconnaissance.

Aux infirmiers, infirmières, psychologues,
assistantes sociales et secrétaires avec qui
nous avons travaillé :

L'équipe des terrasses C au VINATIER.
Le Personnel soignant du dispensaire de BRON LA PAGERE
L'équipe de l'ancienne Communauté Thérapeutique
(animée jusqu'en 1973 par le Dr. H. VERMOREL)
et celle des "Rocailles" à BASSENS.

Aux élèves infirmiers du centre de formation de BASSENS

*Par leurs questions, ils nous ont beaucoup instruit,
alors que nous étions censé les enseigner.*

A Mesdemoiselles Catherine GAUDILLIERE et Sylvie NARJOLLET

*sans lesquelles la rédaction définitive de ce travail n'aurait
pas pu être menée aussi rapidement.*

A mes camarades d'internat.

Aux malades

*Nous leur devons aussi une part de ce que
nous avons appris.*

S O M M A I R E

AVANT-PROPOS.

INTRODUCTION.

CHAPITRE I : L'enracinement dans un héritage.

CHAPITRE II : La médiation du training autogène de SCHULTZ

CHAPITRE III : L'efficacité symbolique du soin psychiatrique
à domicile.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

Ce qui excite notre intérêt le plus intelligent, c'est une histoire, autrement dit le combat engagé plus ou moins consciemment par une âme contre les obstacles qui gênent sa croissance, contrarient son élan vital, la retardent sur le chemin de son intégrité.

John COWPER POWYS- Autobiographie.

Je voulais de l'écriture qu'elle soit, non le déploiement d'un rêve... mais l'épreuve par laquelle on peut se prouver, et à soi-même d'abord, digne de vivre là où la vie a son lieu, c'est à dire "ici", "maintenant" dans la présence des autres êtres.

Yves BONNEFOY - L'ordalie 1975.

AVANT — PROPOS

Le prétexte de ce travail est sans aucun doute lié aux circonstances.

D'abord celles de notre formation aux soins psychiatriques par rapport auxquelles nous voulions nous situer. Nos fonctions d'interne, dans plusieurs hôpitaux psychiatriques, pendant trois ans sont la base de notre expérience clinique. Déjà, cette présentation liminaire des conditions prescrites par le tiers social pour se confronter à la folie et se former à la pratique des soins, nous entraîne au cœur d'un débat qui, pour être la donne inaugurale inévitable de ce métier, se trouve en fait éludée par les structures actuelles de la psychiatrie publique hospitalière et de dispensaire : puisqu'on sait bien maintenant qu'il est hors de propos d'y mettre en cause la signification de l'étiquetage nosographique et les "soins" qui sont prodigués.

Au moment où la constitution d'un savoir ouvre nécessairement à un raisonnement hypothétique, alors que la rencontre avec le malade met en question le parti-pris qui régit la pratique, un des traits les plus remarquables de l'institution est de clore ce jeu de perspectives par la référence obligée à la totalité et à l'ordre d'un modèle historiquement et socialement fondé : sa stratégie, inscrite dans les murs et les règlements, découpe, articule les rôles de chacun, en fonction d'effets d'ensemble précis.

Par rapport à chacun de ceux qui viennent à lui, le psychiatre peut difficilement interroger son propre fantasme et sa propre action, pour se placer toujours un peu dans un ailleurs de lui-même, s'il se réfère à l'institution. Cet ailleurs, investi dans le rôle institué, est trop peu relativable et empêche la découverte de réponses instituanes.

Si parfois nous avons cru utile de questionner ce fonctionnement, de dire un refus, de proposer une initiative, nous avons fait souvent l'expérience douloureuse d'avoir perdu l'occasion de nous taire. Les responsabilités exercées sont circonscrites dans un rôle marqué statutairement, réglementairement imposé ; il rabat celui où s'enracinerait la responsabilité que le soignant prend pour le malade dont il se charge.

D'autre part, l'occasion nous est fournie par la soutenance de cette thèse de repérer notre expérience personnelle de ces états de fait. Les tensions de ces années d'apprentissage nourrissent le besoin de leur ré-écriture "ici", "maintenant" ; nous avons craint que ce propos n'ait d'autre valeur que de nous signifier nous-même. Rendre compte d'un faire, c'est retrouver dans cet agir ce qui se trame de soi, l'implication individuelle inévitable, articulée aux références techniques.

Plus encore, cet écart subjectif travaille aussi ce texte : entre les lignes, embusquées sous les mots, resteraient à lire les significations inconscientes. Les éclaircissements énoncés à travers des thèmes que d'autres ont pensés ou écrits avant nous, cernent, suggèrent l'ombre complémentaire de l'investissement fantasmatique et pulsionnel qui sous-tend nécessairement la double activité de soin et de formation.

Le soin psychiatrique : un agir impliquant des parti-pris.

Que notre réflexion sur l'offre de soin trouve son lieu initial dans la conjoncture relative où nous nous sommes impliqué, ne prend toute sa portée que de la définition de notre objet d'étude et de la méthode de notre approche.

Le soin psychiatrique nous paraît, pour l'instant au moins, devoir rester étranger à tout système clos. Aucun modèle exhaustif n'est actuellement proposé, qu'il suffirait au praticien de connaître et de manier avec le maximum d'informations. Quelque soit la valeur heuristique de certaines démarches, force est d'admettre leur limitation à des champs opérationnels étroits : ainsi, il en est de même des espoirs de la psychopharmacologie et de la rigueur de la psychanalyse ; on sait que la praxis du psychiatre bien que considérablement enrichi par l'analyse n'en peut tirer la totalité de ses conduites.

Etre psychiatre c'est donc faire des choix. Cela n'est pas à dénoncer, mais à poser d'emblée comme inévitable :

l'illusion d'une science psychiatrique objectivement définissable entretient ceux dont la volonté de vérité passe par un paradigme donné, dans la méconnaissance des idéologies qui infiltrent leur fonction ou des déterminismes inconscients qui régissent leur pratique.

En adoptant le modèle qui lui semble le plus adéquat pour diriger son action, le psychiatre trahit forcément le modèle invisible qui le détermine, quand il ne laisse pas transparaître tout simplement son ignorance.

De toute façon, une synthèse provisoire, implicite ou élaborée, s'organise en tout psychiatre, reflet de sa propre évolution et de l'histoire des idées et des théories.

D'autre part, sa rencontre avec le malade le soumet à une autre épreuve qui le concerne dans sa propre économie psychique c'est à dire lié à son histoire et indexe son activité sur sa subjectivité.

Notre méthode d'approche : analyse critique et réflexion historique.

La pratique des soins se tisse, insuffisante et incertaine, de ces tensions et de ces manques même. Non seulement sont-ils les points d'articulation sur lesquels s'appuient son exercice, mais aussi le lieu où notre approche s'est produite comme telle : l'ensemble des éléments opposés qui constitue le soin psychiatrique, ne doit pas être réduit à un principe ou à une théorie mais montré dans sa mobilité, ses contradictions, la richesse de ses implications.

Unir l'analyse critique sur nos engagements, déployés en un temps un lieu précis à une réflexion historique sur les conditions d'émergence, les enjeux de la psychothérapie relationnelle, telle est notre méthode :

Cette thèse tentera d'assumer, dans la finitude de l'écriture, un mouvement de recul pour que nous soit réfléchi notre action et qui permettra de la relancer sur de nouvelles significations. Un tel décentrement ouvre un espace où il y a des choses à voir, à comprendre :

dès lors le changement, évitant la fuite en avant ou les charges de rupture non élaboratives, ne fera pas l'économie de l'analyse et s'éclairera de la découverte de sens nouveaux.

Puisqu'il s'agit pour nous du terme rituel de notre initiation, souhaitons nous désigner ici le chemin que nous avons repéré après l'errance et la dispersion d'un voyage préalable, éparpillé dans des directions si diverses. "Le chemin est commencé, le voyage est terminé" (1). Au point final de notre quête, le risque serait grand de n'avoir rien appris, si à la croisée de tant de possibles, la découverte décisive d'une vérité entrevue ne marquât le départ d'une recherche orientée par un clair vouloir et soutenue de la "sédimentation" de nombreuses influences ; ce voyage, comme toute initiation, préfigurerait obscurément les étapes où nous nous hasardons "maintenant". Simplement, avons-nous voulu tenir "ici" les rendez-vous que nous donnèrent, alors, les rencontres avec nos maîtres et nos malades.

La nécessité de nous enraciner dans un héritage, invitait à l'exploration de la naissance de la psychothérapie relationnelle, à partir des découvertes des magnétiseurs, pour en nourrir une prise de conscience culturelle de soi ; "Tant il est vrai que comprendre une histoire c'est déjà s'y glisser, y faire sa place, y catalyser un processus de différenciation par lequel on se fait donner ou reconnaître sa propre identité" (2).

Comment, des pratiques empiriques de l'hypnose, se sont dégagés et aménagés les possibilités d'intervenir sur les phénomènes psychologiques, en vue de l'obtention d'effets thérapeutiques durables ? Non seulement retrouverons-nous par cet abord historique certaines conditions au soin psychiatrique, mais surtout la cohérence de ces travaux fonde un nouveau paradigme qui rend possible la psychanalyse.

L'histoire des sciences présente toujours l'intérêt de montrer que l'on tient habituellement pour la Science, un ensemble qui n'est que l'un de ses moments datables : donc ne pas aller en tirer un discours de savoir et de vérité absolus ! la question essentielle se pose plutôt en terme de maturité épistémologique selon l'heureuse expression de Michel SERRES (3).

Notre offre de soin psychiatrique peut-elle se situer correctement et sans retard par rapport à ce savoir ; peut-elle prendre en compte l'acquis décisif de la découverte de la notion d'inconscient et de l'importance thérapeutique de la relation ?

Après-coup.

En rédigeant cet avant-propos, au moment de finir notre travail, nous nous apercevons que nous n'avons pas su éviter des écueils redoutables : l'aspect dérisoire des longues spéculations intellectuelles ; l'affirmation au fil des pages d'une cohérence formelle trop factice qui rassemblerait des situations concrètes et fragmentaires pourtant volontairement "éclatées";

(1) Georges LUKACS cité par Pierre GALLAIS dans son bel ouvrage : "Perceval et l'initiation" les éditions du SIRAC p. 32.

(2) Jean GAGEY : "La Scientificité de la clinique" — In Psychanalyse à l'université Tome I n° 1 Décembre 1975 p. 92

(3) Michel SERRES — "Autour de Boltzman" in critique : FREUD et VIENNE en 1900 p. 964 - 979.

la présomption à prétendre nous être engagé de façon décisive vers les perspectives les plus utiles pour "l'usager" et les plus nécessaires pour un changement de la pratique institutionnelle.

L'échec que ce texte nous suggère, renvoie à la difficulté de maintenir l'incision du dire contre la fermeture dans le dit. Obstacle inaugural que les avancées métaphysiques de l'ethnologue et du linguiste pointent comme la contraction originaire du symbolique : la transformation de l'expérience en discours résulte d'une défaillance de l'expérience que le discours vise à combler.

Ce serait donc là : dans la réduction d'approximations successives par la suffisance des certitudes ; dans l'insistance têtue parfois redondante de quelques repères ; dans les répétitions rationalisatrices, témoins de la volonté impuissante à imposer la maîtrise d'un ordre illusoire, que "quelque chose reste en souffrance".

Tout serait à recommencer. Mais puisque c'est un travail toujours impossible, nous attendons du lecteur qu'il assigne aux lignes de force que nous venons de lui proposer, un nouveau parcours à travers le récit des expériences qui lui est adressé. Il s'agit de creuser la réalité qui se nomme pour faire apparaître, par cet effet d'après-coup, une autre réalité avec de nouvelles implications.

INTRODUCTION



Les malheureuses contestations de la psychiatrie.

Le soin psychiatrique n'a pas bonne presse : le mot et la chose sont devenus plus que suspects, inquiétants.

La psychothérapie institutionnelle.

Déjà, à partir des années 1930 - 1940 se développait une critique de l'institution psychiatrique ; elle dénonçait la violence qui s'y exerçait et analysait certains effets de méconnaissance qui troublaient la vérité supposée de tel discours médical.

Il s'agissait d'une approche de type psychologique et psycho-sociologique centrée sur le microcosme institutionnel ; elle cherchait les aspects signifiants de son fonctionnement, de sa régularité, du jeu des échanges asilaires pour les prendre comme symptômes trahissant des attitudes défensives plus ou moins conscientes. Cette analyse subordonnait et rapportait son étude à une sorte de "dialectique institutionnelle au niveau de l'inconscient" selon une expression de TOSQUELLE.

Faute de poser la question de la nécessité de procédures effectives de domination déployées comme loi nécessaire et efficace au traitement des malades, ce point de vue ne pouvait que reconduire la définition "officielle" de l'institution psychiatrique comme "lieu de soin".

Qu'il faille la soigner à son tour, cette critique n'est pas incidente ! PINEL avait prévenu que, plus qu'une autre, l'institution psychiatrique était menacée de dégénérescence ; son amélioration fait ainsi partie de son fonctionnement même, dans un aménagement continu. Changement sans fin qui témoigne de la permanence de son adaptation. Le mouvement de réforme institutionnelle est donc de même nature que le programme constitutif de l'asile lui-même. Comment en aurait-il été autrement puisque la correction proposée ne repose pas sur un savoir psychiatrique qui serait formulé dans une théorie. "Les convictions se fondent moins sur des valeurs ou des vérités aperçues que sur les vices et erreurs dont nous ne voulons pas" (1). On se demande alors, qu'est-ce qui est méconnu, réprimé à l'asile ; et vers quoi réorienter celui-ci.

L'antipsychiatrie.

La confusion de la pratique asilaire et du soin psychiatrique passionna la contestation antipsychiatrique. Mais, elle, non plus, n'élabora pas la différence entre les deux, sur la base d'un modèle de compréhension et de traitement. La négation de la maladie et le rejet du soin répondaient simplement à la rigidité envahissante du système hospitalier.

(1) Maurice MERLEAU-PONTY : *Eloge de la philosophie*. GALLIMARD p. 57.

L'exaltation romantique de l'imaginaire et l'utopie du grand soir révolutionnaire laissent le "malade qui n'est pas malade" aller "jusqu'au bout du voyage". Le soin est une activité obscène ; elle recouvre une démarche idéologique justifiant la répression sociale de la "folie". De telles croyances transforment en fait les lieux thérapeutiques en garderie dans un processus qui est celui de l'asilification.

Les volets homologues de cette alternative abandonnent le malade, à l'activisme néo-asilaire ou à l'attente d'une idéale transformation politique de la société. Une telle opposition reste stérile car elle procède par réfutation mutuelle. Cette progression linéaire ne résoud pas les difficultés initiales qu'elle nie et elle est incapable d'ouvrir sur des champs de savoir et de pratique nouveaux. (2).

Une critique de la critique.

Que la psychiatrie d'état publique, son hôpital et son secteur, soient malades, et de son organisation officielle et du mal que lui font certains de ceux qui la gèrent sans interroger leur rôle et étendent leur pouvoir de chef sur une population (malade et personnel) dont il importe de surveiller l'intégration sociale, ne justifie pas qu'il faille laisser aux antipsychiatres le champ libre pour nier toute autre alternative : car il est facile de les suivre tant qu'on ne se préoccupe pas de ceux qui ont besoin d'aide.

Le réformisme de la psychothérapie institutionnelle et la contestation antipsychiatrique nous paraissent dans leur ensemble volontiers malheureux. Ils constituent autant de difficultés préalables au développement d'une activité soignante qui tiennent compte de la souffrance des malades, sans méconnaître les implications sociales du rôle du psychiatre et les dimensions historiques de son héritage.

La double nécessité de retrouver une tradition.

D'abord, ces mouvements assimilent soin psychiatrique et institution asilaire. "L'hospitalo-centrisme" de leurs critiques pense l'asile de façon statique en terme de rupture avec la société globale. En fonction de leur interprétation d'une coupure constitutive du lieu asilaire, elles ne peuvent finalement que reconduire le projet thérapeutique à l'intérieur d'un espace clos ou le rejeter comme le produit d'une idéologie de répression et d'exclusion.

Ainsi n'ont pas été forgés les "outils" méthodologiques susceptibles d'analyser correctement cet héritage pour en révéler "la transparence" : les fondements, les principes, les limites, les risques. Le mérite en revient à Michel FOUCAULT, à partir de 1973 : après son cours sur le *pouvoir psychiatrique* au Collège de France, il publie *Surveiller et punir* qui posent de nouvelles hypothèses de recherche :

L'hôpital psychiatrique serait une conquête active sur la famille pour la prise en charge des individus. Celle-ci se déroule selon un protocole de subordination et de contrôle, qualifié encore aujourd'hui de régime ; il est rationnellement organisé par notre société, caractérisée comme disciplinaire, et il doit se comprendre en terme de stratégie et de tactique en vue de produire certains effets par un certain type d'investissement sur les sujets.

(2) Cf. Gaston BACHELARD : Le nouvel esprit scientifique et la philosophie du non.

Jean Marie BENOIST dans la révolution structurale (p. 189 et suiv.) a soigneusement exploré les strates de sens du non bachelardien.

FOUCAULT y retrouve l'origine de questions qui ont fait leur chemin selon d'autres voies pour aboutir à la mise en place des méthodes psychothérapeutiques modernes.

Sans doute, n'est-il pas très facile de soutenir la réflexion où nous entraîne FOUCAULT ; ces travaux ont été mal accueillis par les psychiatres. Ceux-ci entretiendraient-ils de mauvaises relations avec un passé qu'ils préfèrent oublier ?

Nous voudrions pourtant en tirer profit dans deux directions :

- **Rester vigilant devant toute définition objective d'une science psychiatrique par opposition à l'idéologie asilaire** : piège redoutable qui trace de nouvelles frontières idéo-culturelles et agresse un ensemble de certitudes identiques à soi-même, flanque l'édifice asilaire du même. Le plus récent, sinon le plus insidieux est une utilisation de la psychanalyse qui devient pour le psychiatre, une délirante interprétation paraphrénique par l'application violente d'un savoir fixe et stabilisé. Il y a là, réduction de l'apport épistémologique de la psychanalyse puisque celle-ci s'installe au contraire dans la subversion des concepts d'un savoir métaphorique toujours caduque pour une respecification singulière des découvertes freudiennes dans la mise en acte méthodologique d'un processus relationnel.

Déjà, la rationalité scientifique du modèle médical servait de caution à la gestion administrative de la maladie mentale, sans même d'ailleurs que cette conceptualisation (nosographique, étiopathogénique, etc...) ne morde effectivement sur la vie asilaire proprement dite : soit qu'elle y soit mise en échec, soit qu'elle y soit reconvertie à l'intérieur de la pratique réelle. L'excellent article de Jean-Pierre PETER (3) montre l'ajustement de l'appareil médico-psychiatrique pour améliorer "ses moyens thérapeutiques" et s'installer dans de nouvelles zones d'efficacité. Sans rien perdre des valeurs traditionnelles, le fonctionnement s'affine en vue des nécessités d'avenir : redoutable dans cette perspective (et le film "Vol au dessus d'un nid de coucou" en illustre la menace) l'utilisation pernicieuse des concepts psychanalytiques, rejoignant la psychochirurgie.

- **Si les méthodes de psychothérapie moderne sont des évolutions des protocoles d'autorité et de contrainte déployés d'abord à l'asile, ne serait-il pas possible de retravailler dans ce sens le fonctionnement hospitalier actuellement figé, afin de le modifier rétroactivement.**

Comme le fait remarquer BONNAFE, en se dégageant si mal des liens aliénistes-aliénants-aliénés, l'hôpital ne s'assure d'aucune tradition, il engage une pratique sur des procédés dénaturés : ceux-ci sont "infiltrés d'une sorte de servitude amère à l'égard d'un passé voué à la décomposition sans possibilité de référence à aucun âge historique de l'évolution de la psychiatrie car il s'agit d'aucune application d'aucune doctrine valable à aucun moment de l'histoire, mais d'une dégénérescence au lieu d'un progrès, de l'héritage du XIXème siècle"(4).

Voilà ce qui fait pour nous la double nécessité de retrouver la signification de cet acquis et de s'insérer sur lui, en un mouvement de négation articulée à ce qui pré-existe pour l'inclure "dans une généralisation dialectique... avec enveloppement de ce qu'on nie" (Gaston BACHELARD).

(3) "Le grand rêve de l'ordre médical, en 1770 et aujourd'hui" in AUTREMENT 4/75-76 - p. 183.

(4) BONNAFE - juin 1970 - in Information psychiatrique - volume 49 n° 4 avril 1973 p. 276.

Spécifier notre activité en fonction de ses moyens et de ses buts.

Une autre disqualification du non actuel à la psychiatrie qui jette le discrédit sur la pratique soignante, c'est de dépendre justement de réactions à la mode ; elles ne reposent pas sur un modèle théorique de soins précisant les moyens et les objectifs thérapeutiques à partir desquels on pourrait dénoncer "l'inhumanité" de la prise en charge asilaire ou au contraire reconnaître, avec le souci de répondre aux besoins réels de tous les malades, en dépit des carences, certains de ses aspects positifs.

Prenons pour exemple banal, l'assujettissement des malades à l'hôpital. Cette dépendance devrait permettre la satisfaction des bénéfices secondaires et l'augmentation de la tolérance à la régression en un lieu préservé.

Or ce droit légitime du malade, constituant, de plus, une phase initiale nécessaire au traitement, lui est refusé.

Sous le prétexte du risque de chronicisation. Prétexte ; d'abord la réalité de l'évolution vers la chronicité le confirmerait ; mais nous proposerions ensuite volontiers un sens à ce refus : c'est bien cette exigence du malade à restructurer un échange à partir de la richesse affective du matériel pathologique qui représente le danger le plus grave ; ce en quoi il est fou, asocial, dangereux ; et bien que l'hôpital lui redonne une place, il n'y est pas accepté dans sa différence.

A l'occasion de cas particuliers, il n'est pas difficile de montrer au personnel, la portée de la dépendance hospitalière pour la satisfaction restauratrice des carences profondes.

Pour que ce "maternage" garde sa charge symbolique à laquelle est liée son efficacité thérapeutique, nous nous demandons si la codification institutionnelle, l'écran de la blouse blanche, ritualisant les rôles ne constituent pas le cadre abstrait, sûrement rigide mais utile, à l'intérieur duquel cette manipulation reste supportable et thérapeutique.

Nos contacts avec les infirmiers nous ont appris l'importance pour eux d'une prise de conscience des possibilités offertes par l'hôpital : s'ils en comprennent la valeur, ils trouveront confiance en eux, développeront leur capacité d'accueil et de soins et "travailleront" les limites de l'institution.

On soupçonne facilement ce que mobilise une remarque aussi simple pour le personnel auquel elle confère une identité professionnelle de soignant et pour les malades pour lesquels elle définit un projet thérapeutique.

Sans aucun doute il importait de critiquer l'asile ; mais à ne jamais montrer par quelles voies, ces tares peuvent être dépassées, la critique purement négative, dont l'aspect provocateur rend bonne conscience, nous laissait ignorer où aller ailleurs et comment progresser.

Le lieu de notre réflexion.

Dépasser les oppositions stériles.

Notre réflexion trouve donc son lieu initial dans la contestation du soin psychiatrique par les critiques négatives actuelles dont les magiques solutions ne font que renforcer ce qu'elles dénoncent.

Dépasser cette opposition stérile par la construction de "quelque chose" d'une autre nature ; tel est le pas.

De l'insolence d'un triomphalisme satisfait à la mauvaise conscience coupable, pour-quoi ne pas partager simplement l'humilité de toute la médecine moderne devant la ténuité de notre savoir.

A cette psychiatrie qui ne parvient pas à se spécifier en restant liée à :

- l'extériorité du modèle médical, incapable de rendre compte des phénomènes de l'économie psychique,
- l'utilité architecturale de l'hôpital psychiatrique public,
- l'administration juridique de la maladie mentale, soumise à la pression instituée du sens commun ou du bon sens qui enferme définitivement la pratique dans sa justification sociale,

N'y aurait-il d'autre alternative valable que sa propre négation : faisant véritablement démissionner le médecin et disparaître le malade ; et pensant naïvement qu'on peut inventer de toute pièce.

Une double perspective.

Nous souhaitons déterminer notre activité de soin en conciliant pratiquement les tensions entre :

- la réponse organisée, en un réseau très serré, par le service de santé mentale et le rôle qu'on y joue, à une demande, elle aussi, déjà engrenée dans les mêmes représentations sociales.
- et la nécessité de structurer une "aire" de rencontre et de parole qui tienne compte de l'effet historique radical de la psychanalyse sur la psychiatrie, lui donnant les moyens théoriques et pratiques d'accès à la singularité du malade.

Afin de ne pas réduire notre pratique à l'un ou l'autre de ces pôles, s'excluant contradictoirement, nous avons cherché à l'inscrire dans la double perspective :

- de son mandat social ; la psychiatrie (comme toute la médecine, d'ailleurs) ne peut se développer que selon la ligne fixée par la société, aux caractéristiques de laquelle elle est liée en profondeur. Elle acquiert de cette légitimité institutionnelle non seulement les conditions de son exercice, mais aussi la crédibilité qui assure l'assise de son opérativité, le développement de son efficience virtuelle.

— de références symboliques garantes de l'offre de soins. Elles s'engendrent de règles qui dégagées de la pratique s'élaborent dans un savoir expérimenté et réactualisé par la relation entre un sujet malade et un sujet soignant. Il faut prendre le courage de les authentifier comme un acquis culturel, s'engager à les instituer.

Cette problématique surgit concrètement dès qu'un malade ou son entourage sollicitent l'intervention du psychiatre : puisque d'entrée de jeu apparaissent les critères de tolérance et de normativité. Non seulement, c'est en fonction de ceux-ci que la société met le psychiatre là où il est pour recevoir la demande et redonner un statut au déviant ; mais aussi, la pertinence de ces critères règle la pratique soignante puisque celle-ci est un agir pour faire recouvrer la santé. S'agit-il malgré tout, de refuser à priori "l'existence d'une autre scène", une logique des symptômes, celle de l'inconscient ? Sans doute, est-ce empiriquement et de façon limitée que nous précisons le champ d'applications en Service public, du modèle analytique, mais nous le prenons pour l'appareil conceptuel qui permet de comprendre les faits individuels en tenant compte de leur sens subjectif et de soigner les malades sur des hypothèses se réajustant et se validant en cours de traitement. L'analyse ne peut rester pour le psychiatre un idéal lointain par rapport auquel il ne serait que dépressif.

Pratiques idéologique et/ou scientifique.

Soulignons que notre reconnaissance de la psychanalyse ne vient pas situer et définir notre exercice par rapport au "régime psychiatrique" en fonction d'une coupure entre pratiques idéologique et scientifique : l'intervalle entre la demande de l'usager et l'offre proposée implique des choix inévitables. La fonction du psychiatre s'installe dans ce parti à prendre ; c'est la réduction de cette place qui fait problème à l'hôpital puisqu'elle entretient chacun dans la méconnaissance des déterminismes idéologiques et des motivations inconscientes d'une pratique ancrée sur un rôle : ce n'est pas innocemment que l'on évite cette mise en question.

Considérant le traitement psychiatrique comme un faire et un dire tissés dans la trame du symbolique, il nous importait d'en interroger la signification dans le cadre quotidien de notre rencontre avec le malade : en réponse à sa confiance souvent désespérée, nous demander pourquoi et comment proposer telle offre de soin à l'intersection de nombreuses influences. Au delà de toute contestation ou rejet idéologique, la légitimité de notre regard critique réside dans une interrogation sur les buts et les moyens poursuivis par notre activité soignante. "Le discours sur la folie n'a pas de signification s'il n'est pas confronté à la pratique de la folie" déclarait récemment à la presse BASAGLIA (5). Il ajoutait : "Parler de la folie, d'une façon abstraite, et idéologique est une parodie. On élude ainsi le problème de la souffrance qui se pose dans la réalité".

Maintenir l'incision de notre interrogation.

C'est pourquoi nous avons rassemblé ici, essentiellement des situations concrètes, ponctuelles, reflets de notre pratique :

— la médiation privilégiée du training autogène de SCHULTZ pour aménager la fiabilité d'une relation thérapeutique particulière.

(5) cité par Roger Pol Droit in "Le Monde" 10.12.76

Dégagée des pratiques empiriques de l'hypnose, cette technique nous invite à l'exploration d'un héritage historique dont le bouleversement épistémologique ouvre sur la psychothérapie moderne.

— la "dépsychiatisation" de l'aide apportée à une famille, au domicile de celle-ci, par une infirmière, une psychologue et nous même. Cette intervention singularisée devenait "banale" : à l'usage de tous, se situant au plus près des besoins et développant la confiance de la population.

L'analyse de ces expériences devra rendre compte des données de départ et des orientations thérapeutiques. Cette théorisation de la pratique qui en est une exigence permanente, doit éviter la production de discours dont la seule fonction serait de perpétuer et de justifier après coup, dans un savoir, les modalités idéologiques qui leur pré-existent. Ainsi dans la tradition asilaire dénoncée par Thomas SZASZ (6) et Michel FOUCAULT (7). Au contraire, nous chercherons à maintenir l'incision de notre regard critique pour enrichir de significations nouvelles l'agir de nos interventions. Ce n'est que dans ce mouvement dialectique que les références théoriques s'apprennent de la pratique, l'ajustent en retour et se valident par leurs "effets d'efficacité symbolique".

Nous demandons au lecteur de ne voir dans notre travail que l'acquis provisoire, en un temps et un lieu donné, de notre engagement "dans le dur combat pour la santé mentale du patient" (8) ; il ne s'agit pas de la formalisation d'un modèle thérapeutique qui ne trouverait finalement à s'investir que dans le miroir de son écriture.

Même si la valeur probatoire des expériences relatées ne paraît pas exemplaire, espérons que leur récit ne restera pas seulement lettre morte, mais nous acheminera vers de nouvelles possibilités.

Définir et agir notre fonction.

En tout cela, nous avons suivi à notre façon l'interpellation de BONNAFE qui, dans "sa lettre à un jeune psychiatre" l'invite à une relecture des fondements freudiens ; et rappelant la réalité socio-économique, lui propose un type de réponse soignante correctif de ce que la demande porte comme inflexion idéologique.

BONNAFE la donne comme le principe même de la réponse à la société qui "fait confiance" au psychiatre pour le traitement des malades mentaux et devant laquelle écrit-il : "Ta responsabilité est de définir et d'agir ta fonction dans le dispositif de santé".

(6) Idéologie et folie - P U F

(7) Surveiller et punir - Gallimard

(8) Bruno BETTELHEIM - Un lieu où naître - Laffont p. 294.

CHAPITRE I



L'ENRACINEMENT DANS UN HERITAGE

Une réflexion historique : pourquoi ? Comment ?

Une relation à l'expérience des "ainés".

Qu'on ne se méprenne pas. Si notre réflexion s'oriente vers ce tournant du 18^e et 19^e siècle pour y découvrir les conditions d'émergence de la psychothérapie relationnelle, ce n'est pas avec la prétention de mener une véritable recherche historique. Nous n'en avons pas la formation ; amateur d'histoire (voilà qui dit tout) nous n'allons pas nous transformer en faux historien. Ce chapitre est donc simplement une lecture de travaux connus (1) sur les découvertes des pionniers de la psychothérapie dynamique.

Nous n'abordons pas l'objet de cette étude avec l'extériorité exigeante d'un travail proprement scientifique, nécessitant quelque distance méthodique. Mais que notre parole intervienne à propos de celle qui nous dit l'expérience de nos aînés, cela suppose que des relations se sont établies de l'une à l'autre.

Voilà qui nous intéresserait davantage. Ce sont justement ces relations que nous dégagerons. Nous voudrions mesurer l'importance pressante de nous enraciner dans un héritage pour établir une nécessaire prise de conscience culturelle de nous-même.

Reconnaître son identité par l'appartenance à une culture.

Toute expérience inclut l'acceptation d'un héritage. M. GRESSOT fait remarquer que la méconnaissance et la dévalorisation du passé tendent à instaurer une société sans pères qui fait bon marché des processus du deuil. GRESSOT y voit pourtant la condition de la mémoire ou en tout cas la possibilité "d'un passage et d'une transmission qui ne soient pas des transgressions. L'acceptation des morts fait du temps cette durée organique qui nous comprend" (2).

Ainsi, voulons-nous articuler notre pratique actuelle à une antériorité, vis à vis de laquelle nous sommes redevable. Que nos options trouvent leur place dans une évolution et se comprennent dans la durée d'un sens. Notre volonté est de nous réclamer d'une culture à laquelle nous découvrirons notre appartenance.

(1) CHERTOK : L'hypnose PBP

ELLENBERGER A la découverte de l'inconscient SIMEP Edition

R. de SAUSSURE La cure magnétique. Information psychiatrique Nov. 1968 - Volume 44 n° 9

J. VINCHON Mesmer et son secret Privat Editeur

(2) M. GRESSOT De l'histoire pour quoi faire ?

Information psychiatrique 1968 - volume 44 n° 10 p. 821-822.

Car "pour le présent, il faut bien que chacun se nomme, le moins mal possible, dans une négation articulée d'une histoire jusque là écrite sans lui, ou il n'est que les solitudes conniventes de la conscience malheureuse aliénée dans sa singularité" (3).

Prouver "sa maturité épistémologique" en participant correctement au savoir de son temps.

La conscience du passé assure un décentrement grâce auquel "l'engagement responsable gagne en décision ce que le recul lui fait perdre en illusion" (4). Il nous ouvre un vide par rapport auquel notre activité peut se réfléchir ; il permet d'autre part, une relativisation des contingences, dédramatisant les tensions et conflits personnels.

Car, après tout, l'histoire nous offre une chance de surprendre ces affrontements de tendance. "Il s'ensuivrait, si l'on peut dire, un abaissement de l'indice paranoïde des rivalités. Davantage d'histoire, partant moins d'histoires" (5).

La lecture du passé n'a d'intérêt que si elle montre le déploiement conflictuel des savoirs, leur qualification, leur disqualification en mouvements de négations successives ; si elle pointe les enjeux de l'avènement de champs de connaissance nouveaux, si enfin elle donne le courage de considérer les conclusions comme un acquis provisoire à réorienter vers de nouvelles recherches.

Nous devons aux philosophes des sciences contemporains (6) de nous délivrer des systèmes en faisant l'histoire des ruptures, des discontinuités, des seuils épistémologiques. Ils pensent les coupures idéologiques (7) par lesquelles un savoir, un code culturel se met en crise ; ils en déchiffrent les incidences et les enjeux.

Nous puiserons donc de cette relation d'un moment historique, le courage de polémiquer.

Polémiquer ? Mais pourquoi ? Parce qu'au fond il s'agit de choisir. Et comme nous ne travaillons pas directement sur des faits observables, on ne peut discuter que de modèles. Et par notre choix, trahir un paradigme invisible quand ce n'est pas laisser, tout simplement, transparaître notre ignorance. La question est de savoir si l'on domine correctement le savoir de son temps ou si, du moins, l'on n'est pas trop en retard.

(3) Jacques GAGEY : La scientificité de la clinique in "Psychanalyse à l'université"
T. I n° 1 Dec. 75 p. 75

(4) M. GRESSOT - op. cit. p. 821

(5) Idem p. 822.

(6) Cf. évidemment Gaston BACHELARD op. cit. mais aussi Michel SERRES : La distribution. Edit. de Minuit et Jean Marie BENOIST : La révolution structurale - Grasset.

(7) On sait depuis GRAMSCI que l'idéologie est "une représentation du monde", formation théorique et symbolique capable de pénétrer la vie des hommes et de leur proposer une vue générale du cours du monde ; l'idéologie est aussi pouvoir mobilisateur, elle est l'effet de cet ensemble de représentations qui se manifestent implicitement dans l'art, dans le droit, dans la religion, la politique, l'activité économique et dans toutes les manifestations de la vie individuelle et collective. Expression d'une société, l'idéologie agit en retour sur cette même société et y détermine certains effets, positifs ou négatifs, en une multiplicité d'inscriptions disposées en réseau". (cf. Jean Marie BENOIST - La Révolution structurale - Grasset p. 38).

La querelle de l'hypnose :

la fissure d'un antagonisme par l'introduction d'un nouveau paradigme.

Si justement nous prenons pour exemple la querelle de l'hypnose qui, à partir de l'expérience clinique de MESMER, passionna la fin du 18^e et le 19^e siècle, c'est qu'elle est le signe d'un changement de paradigme, non réductible au précédent. Elle trouve son enjeu dans l'instauration de la réalité psychologique. Les phénomènes observés, les méthodes, les résultats fondent un nouveau modèle de compréhension. Il y a là un moment décisif, sur lequel nous allons revenir.

Mais un moment historique, datable ; il ne s'agit pas de tirer de la notion de modèle, un discours de vérité. Or, l'affrontement qui se perpétue jusqu'à CHARCOT et BERNHEIM sous la forme d'explications physiologiques ou psychologiques des phénomènes hypnotiques, montre que la volonté de vérité des uns ou des autres partisans passait par un paradigme donné, dans un geste de jugement dernier.

C'est participer de cette illusion qui donne la science comme un ensemble définitif alors qu'elle n'est toujours qu'un moment datable du savoir. Une nouvelle "idéologie", "formation théorique et symbolique" proposant "une autre représentation du monde" peut toujours le mettre en question.

Vers une distinction des réalités psychologique et physiologique.

Leur formalisation conceptuelle spécifique.

Dans la période de constitution de la psychanalyse, FREUD reprend dans trois publications théoriques, le problème du rapport conceptuel psychique/physiologique. Une telle récurrence du problème s'explique par son enjeu. Pierre BRUNO, dans un article sur "la formation des concepts freudiens de psychique/physiologique" (8), fait remarquer que la démarche de FREUD consiste, sous l'angle critique, en une mise en question de la thèse physicaliste (d'HELMOTZ - BRUCKE - WUNDT - FECHNER) qui identifiait la psychologie à la physiologie du cortex.

L'article de 1888 intitulé *Cerveau* composé pour le *dictionnaire médical de VILLARET*, l'ouvrage de 1891 *De la conception de l'aphasie*, enfin le texte posthume de 1895 *Projet d'une psychologie* appartiennent à un moment décisif où FREUD élabore un concept du psychique indépendant du concept de physiologique, "dans le cadre de la constitution d'un langage scientifique spécifique, susceptible de permettre la prise en considération (et l'intelligence adéquate) de la signification des contenus psychiques" (9).

FREUD procède, selon une exigence intrinsèque au développement de sa pratique scientifique, par révélation et résolution de contradictions.

Dans l'article *Cerveau*, analysé par Pierre BRUNO, FREUD aborde les processus psychiques dans la partie intitulée physiologie ; il pense encore en physicaliste et n'a pas donné de solution satisfaisante à la question : la psychologie est-elle un sous ensemble de la physiologie ?

(8) Pierre BRUNO : Sur la formation des concepts freudiens de psychique/physiologique
in Nouvelle revue de psychanalyse n° 3 1971 p. 127-134.

(9) Idem.

La difficulté avec laquelle FREUD élabore la distinction entre les deux réalités est liée à la transposition de ces découvertes psychologiques en langage physiologique ; en 1895, dans son célèbre *Projet pour une psychologie*, il tente encore cette gageure dont Pierre BRUNO repère l'origine dans "l'illusion physicaliste de l'existence d'un langage scientifique universel, à l'égard duquel la distinction de niveau de réalité ne serait que nominale et auquel tous les langages scientifiques particuliers seraient en droit réductibles".

"Ce n'est qu'à partir du moment où la prise en considération de la signification des contenus psychiques va révéler comme contradictoire au développement de la théorie freudienne l'ambivalence du rapport physiologique/psychique qui caractérise le texte *Cerveau* que FREUD pourra prendre conscience, mais d'une façon qui ne sera jamais sans doute absolument nette, de l'ambiguïté d'une entreprise — celle d'une psychologie neurologique — dont il dira lui-même : "Je n'arrive plus à comprendre l'état d'esprit dans lequel je me trouvais quand j'ai conçu la psychologie (...) ça me semble être une sorte d'aberration" (Lettre à Fliess du 29 novembre 1895), mais dont il dira quelques mois plus tard, et tout aussi légitimement : "La psychologie — ou plutôt la métapsychologie — me préoccupe sans cesse". (Lettre à Fliess du 13 Février 1896). (10).

Démarche historique / ordre dogmatique :

Pour la sémiologie, mise en évidence de la relation référentielle à un paradigme invisible.

L'intérêt d'une démarche historique est une mise en perspective qui s'oppose à la vue courte d'un ordre dogmatique.

Concernant par exemple, la sémiologie psychiatrique, une réflexion historique fait clairement apparaître que celle-ci est une langue dont les signifiants ne réfèrent pas à la réalité mais à des signifiés pris à l'intérieur d'un modèle. L'aspect de celui-ci se métamorphose selon les circonstances sociales, historiques, théoriques. Ce n'est pas le fait pathologique qui délimite sa sémiologie mais c'est le regard dirigé par le savoir médical d'une époque, d'un moment qui choisit les matériaux, les trie et les classe.

On sait bien que la psychologie de JANET met en évidence des signes de diminution de la tension psychologique, que la théorie de la dégénérescence permet de découvrir des signes de dégénérescence. La sémiologie n'est pas première, mais seconde ; seuls les tenants des entités nosologiques peuvent croire que c'est la nature de la maladie qui détermine la sémiologie.

La métaphore de l'expérience dans le discours.

Prenons en passant cet acquis ; et disons par avance, comme entre parenthèse, que cette relation référentielle devra être aussi dégagée de l'énoncé narratif que nous tiendrons sur notre expérience : c'est un problème que la pensée naïve méconnaît puisque pour elle, "il y a entre la langue et la réalité adéquation complète : le signe recouvre et commande la réalité ; mieux il est cette réalité" (11). Or, il conviendra bien de considérer comment notre récit prend en compte en langage la relation des événements rapportés ; comment il transfère l'expérience en signification discursive. Que signifie l'expression "parler de quelque chose" ?

(10) Pierre BRUNO : Sur la formation des concepts freudiens de psychique/physiologique.
in Nouvelle revue de psychanalyse n° 3 1971 p. 127 - 134.

(11) Emile BENVENISTE : Problèmes de linguistique générale p. 52.

Programme.

Pour l'instant, nous nous proposons d'explorer l'histoire de la naissance de la psychothérapie sans laquelle les origines de la psychanalyse ne sauraient se comprendre. Si, donc, le résultat de cette enquête épurera les recherches de FREUD d'une atmosphère légendaire d'originalité absolue, en compensation, nous serons mieux à même d'en apprécier la nouveauté et d'en enrichir notre pratique :

on sait en effet la fascination des psychothérapeutes des dernières décennies pour les concepts de la psychanalyse. Elle n'a d'égale que l'effroi qu'ils suscitent encore chez les psychiatres qui continuent de les rejeter.

Il est évident bien sûr que la psychanalyse ne peut rendre compte de la totalité de la pratique du psychiatre mais elle la change radicalement. Ce serait donc une même facilité de l'esprit que de spécialiser son savoir sur une discipline limitée, dépendante de conditions très particulières ou d'en réduire l'apport au placage d'une technique toute faite.

Revenir aux travaux des prédécesseurs, nous montre les étapes d'une recherche qui, confrontée aux problèmes concrets posés par les malades, dégage progressivement une méthode de soin par approximations successives. Ceci nous donne le courage de promouvoir quotidiennement une activité soignante intégrant ces bases solides et nous laisse quelques chances d'allier "au cuivre" de l'agir et de la suggestion, "l'or pur de l'analyse" (12).

D'autre part, chacun sait que la reconnaissance du statut scientifique de la psychanalyse fait aujourd'hui encore problème. Les découvertes de l'époque de FREUD sont maintenant sans équivoque intégrées à la science, tandis que la validité des théories psychanalytiques reste contestée. Cette situation paradoxale conduit maints freudiens à considérer la psychanalyse comme une discipline étrangère à la Science, plus proche de la philosophie ou de la morale.

Il sera intéressant de retrouver la même hésitation, dans les discussions du siècle dernier, à propos du magnétisme et de l'hypnose : ces refus, ces tensions sont le signe d'un changement de modèle dans la science, irréductible à l'ancien.

Prendre conscience d'un tel seuil, permet d'affirmer sa place dans le concert de la scientificité.

Voilà les lignes de force et les enjeux que nous repérerons dans une histoire qui commence par l'intuition de MESMER et se poursuivra jusqu'à la mise en place de techniques rigoureuses.

Le magnétisme animal de MESMER : étape indispensable à l'opposition de l'organique et du psychologique.

Si le dualisme de DESCARTES avait bien opéré une distinction des substances étendues et pensantes, celle-ci n'était accessible qu'à une intuition métaphysique et ne fut pas comprise par la médecine post-cartésienne comme une opposition de l'organique et du psycho-

(12) S. FREUD : La technique psychanalytique. P.U.F. (les voies nouvelles de la thérapeutique. p. 141).

logique. Au XVIIIème siècle, l'hétérogénéité du physique et du moral n'existe pas dans la pensée médicale.

MESMER et son magnétisme animal ont marqué de ce point de vue une étape indispensable.

Le scandale qui, à partir de l'expérience clinique de MESMER passionna le début du 19ème siècle trouve son enjeu dans l'instauration de la réalité psychologique.

On saisit toute la portée épistémologique de ce moment décisif.

Une "date historique".

Alors qu'il soignait une jeune fille de 27 ans, Fraulein Oesterlin, MESMER fit, à 40 ans, une découverte thérapeutique à laquelle il consacra le reste de sa vie :

La malade présentait des crises graves ; MESMER en nota la périodicité quasi astronomique ; il fut bientôt capable de les prédire et voulut en modifier le cours. Vraisemblablement avec l'idée que ce qui se fait d'une façon doit être défait de la même façon, il chercha à provoquer chez sa patiente "une espèce de marée artificielle".

Après lui avoir fait avaler une mixture contenant du fer, il lui fixa sur l'estomac, et chacune des jambes, trois aimants dont il avait appris l'utilisation par des médecins anglais pour le traitement de certaines maladies. Bientôt la patiente sentit d'étranges courants traverser son corps de haut en bas et ses symptômes disparurent pour plusieurs heures. C'était, rapporte MESMER, à la date historique du 28 juillet 1774.

MESMER pensa que les effets constatés ne pouvaient être dûs aux seuls aimants qu'il abandonna par la suite : "Un autre principe essentiellement différent écrit-il faisait agir l'aimant, incapable par lui-même de cette action sur les nerfs et me fit voir que j'avais quelques pas à faire pour arriver à la **théorie imitative** qui faisait l'objet de mes recherches".

On estime que cette théorie n'était autre que la suggestion ; MESMER l'avait peut-être vaguement entrevue mais n'arrivait pas à la formuler ; il ne put donc saisir la portée de son procédé.

Etablir " le rapport".

MESMER estimait que dans le traitement, l'essentiel était d'établir le rapport entre lui et le patient (il s'agissait le plus souvent de femmes de la haute société viennoise ou parisienne sujettes "aux vapeurs").

Il s'asseyait en face de sa malade, leurs genoux se touchant, il enserrait de ses doigts les pouces de la malade en la regardant fixement dans les yeux puis il appuyait au creux de l'estomac et faisait des passes sur ses membres.

Les malades éprouvaient soit des sensations étranges ou étaient saisies de crise. Et c'était de telles réactions qui étaient sensées amener la guérison.

Par la suite, recevant trop de malades, il imagina un traitement collectif avec une mise en scène extraordinaire : MESMER officiait en robe de soie lilas, jouant parfois de l'harmonica de verre mis au point par Benjamin FRANKLIN.

“J’étais dans sa maison l’autre jour, écrit John GRIEVE, Médecin anglais de passage à PARIS, je fus témoin de sa façon de procéder. Au milieu de la pièce est placé un récipient d’un pied et demi de haut environ, que l’on appelle ici un baquet. Il est si grand que vingt personnes peuvent facilement s’asseoir tout autour. Le bord du couvercle est percé d’un nombre de trous correspondant au nombre des personnes qui doivent l’entourer. Ces trous reçoivent des tiges de fer, recourbées à angle droit vers l’extérieur, disposées à différentes hauteurs de façon à correspondre aux différentes parties du corps auxquelles elles doivent s’appliquer. Outre ces tiges, une corde fait communiquer le baquet avec un des malades, puis, de proche en proche, avec tous ses compagnons. Les effets les plus apparents se manifestent à l’approche de MESMER, lequel, dit-on, dirige le fluide par certains mouvements de ses mains ou de ses yeux, sans avoir besoin de toucher la personne en question. J’ai parlé avec plusieurs personnes qui ont été témoins de ces effets et chez qui MESMER a provoqué des convulsions, puis les a fait cesser par un simple mouvement de la main...” (13).

Une explication-fiction : la théorie fluidique.

Dans ce siècle de lumières, MESMER avait besoin d’une explication rationnelle. La psychologie n’existait pas, il s’égara en se tournant vers les théories physiques de son époque dont il utilisa par analogie les découvertes récentes de l’électricité et de la gravitation.

Il avança l’idée que la guérison provenait d’un fluide réel et matériel accumulé dans son propre corps et qu’il pouvait transmettre à la malade, diriger et renforcer par l’action des aimants ; il l’appela “magnétisme animal”.

Dans la nature, ce fluide existerait sous plusieurs formes : le magnétisme, l’électricité, le magnétisme animal. MESMER faisait donc de sa découverte un principe analogue à la gravitation universelle. Sa doctrine le conduisit jusqu’au célèbre aphorisme : “il n’y a qu’une maladie, qu’un remède, qu’une guérison”. Le magnétisme, “thérapeutique universelle” amenait la médecine à son point de perfection.

La fiction totalisante de MESMER réduit la portée de sa découverte clinique. L’influence sur l’évolution des crises attribuée à la modification d’un facteur physique n’est pas une nouveauté sur les idées du XVIII^e siècle.

La première étude sur la relation.

L’explication gratuite du magnétisme animal, fluide universel soumis aux propriétés de l’aimant, couvre l’entreprise d’une pseudo-légalité scientifique, conforme aux idées de l’époque. Cependant, la pratique de MESMER est l’esquisse d’une réalité autre, entrevue mais sur laquelle il ne s’arrêta pas. Il donnera cependant une impulsion décisive à l’idée d’une “autre nature” qui reste à découvrir.

— Certes, MESMER établissait “le rapport” entre lui et le patient pour permettre la circulation du fluide. Ce phénomène objectif ne fut pas vérifié par la commission d’enquête ordonnée par le Roi en 1784 et les académiciens condamnèrent le magnétisme animal à pur effet d’imagination : “L’imagination sans magnétisme produit des convulsions... Le magnétisme sans l’imagination ne produit rien”.

(13) Cf. ELLENBERGER : A la découverte de l’inconscient p. 56.

— Mais par contre, les compte-rendus de l'enquête constituent, de fait, les premiers documents de psychologie expérimentale ; c'est la première fois qu'une étude porte sur la relation :

- le rapport officiel décrit les phénomènes produits sans chercher à les approfondir.
- un rapport secret publié simultanément souligne l'aspect érotique des phénomènes qui expliquerait les réserves officielles des académiciens.

On lit en effet dans ce document (14) : "ce sont toujours les hommes qui magnétisent les femmes : les relations alors établies ne sont sans doute alors que celles d'un malade à l'égard de son médecin, mais ce médecin est un homme. Quel que soit l'état de maladie, il ne nous dépouille point de notre sexe, il ne nous dérobe pas entièrement au pouvoir de l'autre".

La séance de magnétisme est décrite en ces termes : "Souvent l'homme... passe la main droite derrière le corps de la femme ; le mouvement de l'un et de l'autre est de se pencher mutuellement pour favoriser ce double attouchement. La proximité devient la plus grande possible, le visage touche presque le visage, les haleines se respirent, toutes les impressions physiques se partagent instantanément, et l'attraction réciproque des sexes doit agir dans toute sa force. Il n'est pas extraordinaire que les sens s'allument ; l'imagination qui agit en même temps, répand un certain désordre dans toute la machine ; elle surprend le jugement, elle écarte l'attention, les femmes ne peuvent se rendre compte de ce qu'elles éprouvent, elles ignorent l'état où elles sont." Et le rapport secret de conclure : "Le traitement magnétique ne peut être que dangereux pour les mœurs".

MESMER, lui-même, s'était rendu compte des liens qui l'unissaient à ses malades. Il en a même décrit la qualité affective : le magnétisme animal, dit-il, "doit en premier lieu se transmettre par le sentiment. Le sentiment peut seul en rendre la théorie intelligible. Par exemple, un de mes malades, accoutumé à éprouver les effets que je produis sur lui a, pour me comprendre, une disposition de plus que le reste des hommes".

Malgré tout, MESMER ne recourait à aucune explication psychologique et s'en tenait toujours au fluide. La théorie fluidique permettait en quelque sorte la "dépersonnalisation" du thérapeute, qui invoquait l'intervention d'une "troisième force" qui, tout en étant en lui, restait en dehors de lui. La thérapeute n'était que le vecteur de cette force universelle.

PUYSEGUR : L'importance thérapeutique de la relation verbale.

"L'âge d'or du troupier : la magnétisation, principal exercice de la vie militaire" (15).

Il revient au marquis de PUYSEGUR, disciple fidèle de MESMER, le mérite d'avoir donné une nouvelle orientation au magnétisme, en montrant l'importance thérapeutique de la relation verbale. Bien que MESMER en fut irrité, PUYSEGUR respectueux de son maître, ne chercha jamais à le supplanter.

Marie-Jacques de CHASTENET, marquis de PUYSEGUR, officier d'artillerie qui s'était distingué au siège de GIBRALTAR, partageait son temps entre la vie militaire et sa propriété de BUZANCY près de SOISSONS. Il occupait ses loisirs à des expériences d'électricité comme tous les aristocrates de son époque. D'abord sceptique à l'égard du Mesmérisme, il se laissa convaincre par son frère cadet. Il entreprit des traitements individuels et collectifs pour les paysans, sur la place du village de BUZANCY, sous un orme.

(14) Cf. CHERTOK : L'hypnose p. 85.

(15) Louis FIGUIER : L'histoire du merveilleux (1860) ; cité par L. CHERTOK op. cit.

Le sommeil hypnotique : l'abord direct des processus psychologiques par l'émergence de capacités insoupçonnées.

Grâce à un de ses premiers malades, Victor RACE, jeune paysan de 23 ans, qui souffrait de troubles respiratoires bénins, PUYSEGUR découvrit certains principes fondamentaux. Victor RACE joua donc aussi un grand rôle dans l'histoire du magnétisme.

Aisément magnétisé, il présenta une crise bien particulière, sans les convulsions ni les mouvements désordonnés habituels. Il tomba dans un sommeil étrange où paradoxalement il semblait plus conscient qu'à l'état de veille ; il répondait aux questions du magnétiseur avec vivacité, exécutait ses ordres dans un "rapport" électif avec lui. La lucidité dont le malade faisait preuve est un trait remarquable du phénomène. Cette crise accroissait l'acuité de perception et la capacité d'évocation de souvenirs anciens. La crise passée, Victor n'en garda aucun souvenir.

PUYSEGUR donna à "cette crise parfaite" le nom de "somnambulisme artificiel" à cause de sa ressemblance avec le somnambulisme spontané à la différence près qu'il est induit et arrêté à volonté.

Dans cet état de sommeil magnétique, Victor préoccupé par un conflit qui l'opposait à sa soeur dont il n'avait jamais parlé à personne, se confia au marquis qui lui conseilla de régler au mieux de ses intérêts la situation ; ce que fit effectivement le patient.

Par la suite, l'état de Victor empira ; le malade expliqua à PUYSEGUR que cette aggravation provenait d'être exhibé à des curieux pour des démonstrations. PUYSEGUR apprit donc de Victor qu'il ne fallait utiliser le magnétisme qu'à des fins thérapeutiques et non d'expérimentation.

L'engagement personnel du thérapeute.

Cette expérience démontrait à PUYSEGUR la vanité de la doctrine mesmérisme du fluide physique ; son mérite fut d'utiliser le premier la relation verbale à des fins thérapeutiques. Il comprit que le véritable agent de la guérison était la volonté du magnétiseur ; il insista sur la nécessité pour le thérapeute d'assurer cet engagement relationnel avec amour du patient et désir de le guérir.

Ne lit-on pas sous la plume de Charles de VILLERS, contemporain de PUYSEGUR et comme lui, officier d'artillerie ; "Nul ne peut guérir autrui s'il n'a un authentique désir de l'aider. Et nul ne peut avoir le désir d'aider s'il n'aime, au sens le plus vrai du terme".

Toujours dans son ouvrage le *Magnétiseur amoureux*, VILLERS poursuit que l'ascendant sur le malade "dépendra... de notre plus ou moins grand rapport de dispositions intérieures, et surtout de la cordialité que je mettrai dans ma volonté" (16).

A STRASBOURG, PUYSEGUR organisa la **Société harmonique des amis réunis** qui se proposait de former des magnétiseurs et d'instituer des centres de traitement :

En ALSACE, la Société de l'harmonie créa plusieurs centres gratuits, ouverts à quiconque avait besoin de se faire magnétiser ; c'est le premier exemple attesté par l'histoire d'un traitement psychothérapeutique gratuit, accessible aux plus défavorisés.

Les idées de PUYSEGUR se répandirent assez vite et l'opposition s'anima entre — les fluidistes d'une part qui, renonçant au fluide universel de MESMER, tiennent au fluide individuel, — les animistes d'autre part, qui croient à la volonté et à l'influence spirituelle du magnétiseur.

L'antagonisme se perpétua jusqu'à CHARCOT et BERNHEIM sous la forme d'explications physiologiques ou psychologiques des phénomènes hypnotiques.

L'hypnose, source de la psychothérapie moderne.

Reconnaître un statut culturel à des découvertes décisives.

D'autres hommes tentèrent une approche clinique et scientifique des phénomènes du magnétisme : DELEUZE, BERTRAND, NOIZET, FARIA, GAUTHIER, DUPOTET. Ils furent oubliés. JANET qui découvrit leur œuvre, les tenait en grande estime. Charles RICHET rapporta en 1884 que les découvertes que ses illustres contemporains pensaient avoir faites à propos de l'hypnose se trouvaient déjà dans les écrits de PUYSEGUR et ses continuateurs.

Malgré le sérieux de ces initiateurs et la cohérence de leur savoir, ils ne réussirent pas à se faire reconnaître par les autorités scientifiques. Peut-être parce qu'ils n'étaient pas médecins pour la plupart et desservis par une foule de charlatans qui installaient leurs tréteaux pour des séances publiques tapageuses et lucratives.

Tout au long du 19^e siècle subsista le dualisme entre la psychiatrie officielle reconnue par l'état, enseignée dans les écoles de médecine, exposée dans les manuels, et les thérapeutiques inaugurées par MESMER et PUYSEGUR.

Ces pratiques sont encore largement rejetées aujourd'hui, renvoyées à l'obscuratisme ou au mysticisme.

Il nous importait de repérer ces vicissitudes de l'hypnotisme à la fin du 18^{ème} siècle et début du 19^{ème} siècle : elles témoignent de la lutte pour imposer un nouveau paradigme dans la science. Les découvertes du magnétisme animal et de l'hypnose sont un pas qui donne la possibilité de penser la réalité psychologique.

Elles sont un point focal nouveau, capable d'infléchir une ligne intellectuelle : c'est pourquoi il est urgent de reconnaître un statut culturel à l'application thérapeutique des phénomènes suggestifs, leur assurant le déploiement de l'efficacité virtuelle qu'ils recèlent.

L'apparition de l'hypnose marque historiquement une démarcation de la violence et de la force brutale dans la manipulation de l'autorité à des fins thérapeutiques. La seule arme thérapeutique relationnelle est restée longtemps la conduite autoritaire pour diriger la cure du malade mental. Celle-ci s'est progressivement élaborée grâce à la mise en évidence de l'action

de la personnalité du thérapeute sur celle du malade.

A travers le procès du pithiatisme, les accusations contre la suggestion, la suspicion à l'égard des interventions directives, c'est la reconnaissance du rôle personnel du médecin qui est en jeu. Si l'on accepte de ne pas se dissimuler cette part essentielle du traitement pourquoi ne pas l'utiliser après avoir essayé de comprendre :

- en quoi, elle est garante du sérieux de la situation thérapeutique et du contrat d'implication mutuelle médecin-malade, sur lequel elle repose ?
- en quoi elle est inductrice de modifications subjectives et d'actions nouvelles chez le patient.

Respecter les principes d'une méthode thérapeutique cohérente.

La portée épistémologique des travaux cliniques sur le magnétisme se double de leur grande valeur méthodologique. PUYSEGUR et DELEUZE ont décrits précisément des règles thérapeutiques dont ils avaient intuitivement perçu le dynamisme :

- Ils comprirent très vite l'importance d'une **"mise en situation hypnotique"**, comme nous dirions aujourd'hui.
 - d'abord, personne ne peut être hypnotisé contre sa volonté, car la cure magnétique exigeait un engagement du patient.
 - ensuite, il fallait mettre le sujet à l'aise, le rassurer, le laisser se détendre. Le traitement devait s'instaurer dans un climat de confiance qui permettait au malade de s'exprimer. Une des conditions préliminaires à toute recherche thérapeutique est de passer un temps important avec le malade, d'écouter ses doléances et d'enregistrer l'histoire de sa vie.
- Les magnétiseurs eurent tôt fait de se rendre compte que l'hypnotisme permettait un abord direct de certains processus psychologiques par l'émergence, pendant le sommeil hypnotique, **de capacités insoupçonnées** :
 - le sujet peut évoquer avec lucidité des souvenirs depuis longtemps enfouis, jouer de nouveaux rôles.
 - la régression à des périodes antérieures de sa vie soulageait parfois le malade, grâce aux effets bienfaisants du sommeil qui agit comme un puissant sédatif. "L'hypnose est un plongeon dans l'état originel de repos, propre à la vie foetale".
 - d'autres fois, la remémoration avait valeur cathartique et déclenchait des crises qui étaient des abréactions. Le symptôme était pris dans son sens de dialogue entre le malade et le soignant.
 - ou bien encore, les effets thérapeutiques étaient liés à la suggestion, expression d'une relation d'autorité et de subordination.

— dans certains cas, la mise en jeu d'une sorte de marchandage entre l'hypnotiseur et le patient, lui évitait les blessures d'amour-propre et lui communiquait symboliquement qu'il était impliqué et pouvait trouver un nouvel équilibre.

- Le trait fondamental de ces procédés étaient l'instauration et l'utilisation du "rapport" ; terme utilisé par MESMER dès le début et transmis jusqu'au 20ème siècle.

La notion s'est affirmée, précisée mais déjà les hypnotiseurs s'étaient aperçus que cette "influence", mélange de sentiments éprouvés à leur égard par le malade et de besoin de direction, représentait un puissant facteur thérapeutique.

Comprendre la création des techniques ultérieures comme la recherche de solutions aux problèmes de l'hypnose.

L'hypnose est le point de départ de tous les procédés psychothérapeutiques modernes :

- Elle fonde la réalité du système inconscient ; les expériences hypnotiques, mettant au jour les phénomènes de "dédoubllement de la personnalité" sous forme de simultanéité (modèle de la suggestion à effets post-hypnotiques) imposèrent progressivement l'idée d'une réalité psychologique au sein de laquelle coexistaient deux groupes séparés et antagonistes de représentations actives.
- Elle marque l'importance du rôle de la relation médecin-malade et introduit des principes thérapeutiques qui sont la source méthodologique de la psychothérapie.

Dans une large mesure, la création des diverses techniques ultérieures répond aux problèmes qui, d'emblée, se posèrent avec l'utilisation de l'hypnose.

1. La trop grande variation du degré d'hypnotisabilité des patients obligea d'éliminer cette condition pour influencer l'évolution de la maladie.
2. Après l'abandon des intermédiaires physiques nécessaires à la transmission supposée du fluide (passes et baquet de MESMER, arbre magnétisé de PUYSEGUR), après le recours à la fascination, déjà connue des anciens Egyptiens, et popularisée par BRAID (médecin anglais, qui fut, en 1843, le créateur du nom d'hypnotisme), l'introduction par l'abbé FARIA de la suggestion verbale imposa une adaptation des modalités d'application de l'autorité du thérapeute sur le malade :
 - de la suggestion directe
 - à l'association libre de la psychanalyse freudienne,
 - en passant par l'ordre rigoureux des six exercices d'entraînement du Training autogène de SCHULTZ pour obtenir successivement la pesanteur, la sensation de chaleur, la perception du rythme cardiaque et respiratoire, l'impression de chaleur dans la région épigastrique, puis un souffle frais sur le front.
3. La découverte et l'utilisation de la relation à des fins thérapeutiques nécessitaient son aménagement ; elle devait être médiatisée en vue d'un perfectionnement technique et d'une mise à

distance du malade. Il ne s'agissait pas seulement d'augmenter la sécurité et l'objectivité du thérapeute mais de permettre le jeu des défenses et résistances du malade : "Que (cet) aménagement dans le temps et (cette) médiatisation dans le discours aient conduit FREUD à sa découverte" (Henry EY, préface à l'hypnose de CHERTOK) ou que SCHULTZ par opposition aux psychothérapies "mentales" ait centré sa collaboration avec la malade sur la décontraction concentrative et n'aborde les résistances que dans leur réalité corporelle, il s'agit dans les deux cas d'élaborer la composante relationnelle de la cure.

L'essor du training autogène : passage de l'empirique intuitif au technique rigoureusement prescrit.

C'est dans la recherche de solutions aux mêmes problèmes que se développèrent :

— la psychanalyse, qui, souligne FREUD en 1925, "gère l'héritage qu'elle a reçu de l'hypnose au point de vue théorique et thérapeutique. On ne peut surestimer l'importance de l'hypnotisme pour le développement de la psychanalyse".

— le training autogène de SCHULTZ dont une théorisation plus approfondie de l'élément relationnel est souhaitable, car il l'utilise de façon empirique. Son essor remonte à 1953 ;

"Ses progrès ont été parallèles au développement de l'hypnose dans d'autres pays. Bien que le training autogène ait des racines dans l'hypnose, il a échappé au tabou qui pesait sur cette dernière". (17). C'est pourquoi le training mérite d'être compris dans la perspective d'un acte fondateur qui marque une solution de continuité avec la singularité des pratiques intuitives de l'hypnose, pour authentifier leur efficience à l'encontre de la culture régnante (18).

Nous illustrerons par un exemple clinique comment la médiation du training autogène de SCHULTZ assure l'application des principes thérapeutiques que nous venons d'éclairer.

La valeur du training repose d'abord sur l'exigence d'une formation personnelle initiale ; cet engagement fait que l'acquisition du training constitue surtout une formation par le training. Elle permet de vivre d'abord pour soi, les modifications de l'éprouvé corporel et du niveau de conscience visant un changement d'être.

L'engagement clinique avec les patients est ensuite un enrichissement considérable par ce que ceux-ci apprennent à leur thérapeute débutant, qui se trouve dès lors en position de recevoir concrètement une formation par la relation.

Nous montrerons comment la mise en situation du médecin et du malade correspond à la volonté du thérapeute d'aménager l'entrée dans une relation personnelle évolutive. Nous soulignerons la nécessité de créer un lieu d'expression et de spontanéité, supporté par la confiance du malade en son médecin et celle du soignant dans son propre projet.

(17)CHERTOK. L'hypnose. p. 28

(18)L'article de J. GAGEY "La scientificité de la clinique" dirige et informe cette réflexion.

CHAPITRE II



LA MEDIATION DU TRAINING AUTOGENE DE SCHULTZ

La longue histoire d'un "traitement raté".

Une forte demande de médicalisation.

Nous nous occupons de ce patient âgé de 47 ans, lors de son quatrième séjour à l'hôpital psychiatrique. Il sollicitait un repos de plusieurs jours, des contrôles de cholestérolémie et de glycémie, des examens pour des céphalées intermittentes de répétition fréquente, traitées par la dihydroergotamine depuis un an, sans résultat après une amélioration transitoire. Une infirmière nous précisa que le malade lui aurait confié rechercher une protection contre la peur de représailles du mari de sa maîtresse.

Un déclenchement "accidentel".

Chaque année, il se réfugiait ainsi à l'hôpital qui remplissait assez bien une nécessaire fonction rassurante. Les échanges se négociaient sur le mode médical depuis sa première admission il y a 4 ans : c'était le soir du mariage de sa fille ; après avoir accompagné les jeunes mariés, il avait été victime d'un accident de la route, aveuglé par les phares d'une voiture circulant en sens inverse. Les soins de blessures superficielles au visage furent impossibles à cause de cris et d'agitation qui justifiaient le transfert dans le service de psychiatrie.

Le malade rapporte les douleurs qu'il ressent maintenant, aux séquelles de son accident. Outre cet antécédent traumatique qui inaugure la prise en charge du malade, les observations rapportent sur un plan symptomatique exhaustif et compréhensif : un état dépressif avec appoint éthylique d'entraînement ; des plaintes somatiques variées ; la découverte d'un diabète ; une mésentente conjugale grave ; des conflits avec son gendre, médecin, qui refuse de le soigner ; des condamnations pour petite délinquance (chèques sans provisions, et travaux non effectués dont il avait la responsabilité de maître d'œuvre).

Un affrontement sado-masochique.

Le dossier souligne que ce malade refuse les visites des infirmiers à domicile et les consultations du dispensaire. Entre les lignes, on perçoit que les soignants se sentent manipulés par des demandes insistantes de certificats et la prescription annuelle par le malade lui-même d'une hospitalisation refuge.

De toute façon, se nouent entre eux une incompréhension réciproque et une résignation qui trahit un rejet mutuel. Ces aspects relationnels reproduisent les difficultés familiales

qui s'aggravent régulièrement. Le malade n'a désormais plus de travail. On note à cette époque une dégradation sensible de ses facultés intellectuelles et il est étiqueté : structure perverse. Ces représentations cliniques dans l'esprit des soignants délimitent par avance leur implication thérapeutique en restreignant implicitement tout projet psychothérapique.

L'impasse descriptive.

A ce point de réflexion, il importe de s'interroger sur la méthodologie de cette appréhension (au moins telle qu'elle apparaît à la lecture du dossier). Car pour autant qu'il faille se situer par rapport aux prédécesseurs, en tenant compte de leur acquis avec ce malade, la question se pose des limites de définition de leur approche.

La méconnaissance d'une répétition pathologique qui s'actualise "ici et maintenant".

Les algies diverses avaient entraîné de nombreux bilans d'investigation qui éliminèrent les causes organiques. La découverte d'une glycémie élevée fixa le malade sur un "diabète" hypothétique. L'ensemble des résultats négatifs le renvoya à ses souffrances sous l'étiquette de troubles fonctionnels. Ses plaintes et sa très forte demande de médicalisation se renforcèrent de l'obstination à rechercher une cause qui ne livrait pas son secret sous les scopes : l'insolence de ce défi provoquait chez les médecins une véritable fureur d'objectiver, un acharnement à prescrire des médicaments symptomatiques. D'une image triomphaliste de la médecine moderne partagée ici par le médecin et le malade, les voilà renvoyés (avec une grande agressivité l'un pour l'autre) qui à son incapacité et son indifférence, qui à la simulation et la manipulation. Cette relation, toute imprégnée d'éléments morbides, était le lieu privilégié où se jouait le drame pathologique du malade "ici et maintenant" sous la forme d'un contentieux avec les médecins. Pour ne pas en avoir décelé l'enjeu, reconnu la valeur d'appel et pris conscience de sa signification, l'histoire ne sera pas repérée comme aliénante et déliée au profit d'une autre façon de se dire.

Un jugement de valeur déguisé : l'extériorité normative d'une sémiologie "en manque".

La systématisation sémiologique des symptômes en "structure perverse" et "affaiblissement démentiel" est d'une valeur heuristique extrêmement pauvre : les troubles sont mesurés comparativement au fonctionnement psychique habituel et caractérisés par un manque pour satisfaire aux exigences de la normalité. Pour fondées qu'elles soient, ces constatations sont la forme déguisée d'un jugement de valeur impérialiste : la désignation en terme d'impossibilité relationnelle, d'inadaptation, de diminution des facultés intellectuelles est refus à priori de considérer une logique à ces processus ; c'est la négation de leur signification subjective dans la vie du malade. Une sémiologie différentielle doit tenir compte de cette intériorité et de cette valeur d'échange, faute de quoi on ne saura pas ce que l'interlocuteur veut dire, ce qu'il demande. Si l'on prend les signes dans leur extériorité en les laissant pour ce qu'ils sont, le malade exclu et enfermé en lui-même ne trouvera pas ce dont il a besoin et va recourir à d'autres symptômes.

La relation thérapeutique.

Sémiologie différentielle et intervention thérapeutique en relation au sens de la rencontre.

La mise à plat "extérieure" des symptômes leur refuse une signification et surtout limite d'emblée l'offre de soins ; on ne sait plus très bien quoi faire avec le malade ainsi objectivé.

Une démarche plus souple devra modeler ensemble la recherche sémiologique et l'attitude soignante.

A l'intérieur même de la relation pathologique qui s'instaure avec le médecin, les données sont recueillies et utilisées dans l'intervention thérapeutique. Non seulement l'aide est plus efficace, mais la sémiologie s'affine, les troubles acquièrent leur valeur différentielle par leur relation au sens de la rencontre.

Un risque à courir entre deux écueils.

Avec ce malade, les premiers entretiens étaient menacés d'une incompréhension réciproque. Le dialogue se réglait d'emblée selon une géométrie où les parallèles ne se rencontrent pas :

— d'une part, la forte demande de médicalisation du malade recherchait le soulagement de la souffrance, évoquée en de multiples plaintes fonctionnelles.

— d'autre part, nous étions tenté au contraire de proposer la recherche d'une hypothétique lésion imaginaire, secrètement enfouie dans le symptôme.

Il nous fallait courir le risque d'une mise en situation thérapeutique cernée par deux écueils :

— la multiplication des bilans biologiques servait d'alibi rapidement insatisfaisant. D'abord soucieux de "prendre argent comptant" les allégations du malade, nous risquions de jurer trop tard que celui-ci ne nous prendrait plus avec "ce faux billet" et l'abandonner.

—"la fuite en avant" par l'exploration psychologique sauvage, conduisait le malade sur un autre terrain où il ne souhaitait guère nous suivre.

S'engager "au plus près" des capacités du Moi du malade.

D'abord, nous n'avons jamais tout à fait renoncé aux examens somatiques demandés avec insistance, dont le refus aurait entraîné une frustration intolérable et une angoisse devant l'inconnu. D'ailleurs, sur ce mode relationnel nous nous sentions plus utilisé par le malade que vraiment manipulé.

Cette distinction nous ouvrit peu à peu la compréhension de ce qu'il négociait ainsi avec les médecins : entretenant à leur égard une grande dépendance, il partageait maintenant leur vocabulaire et désignait ses troubles avec leur objectivité. Cependant, il leur avait toujours plus donné qu'il n'avait pu recevoir d'eux. Il se plaignait souvent des honoraires élevés qu'il leur versait. S'il mettait en valeur la relation privilégiée avec l'un d'eux, il insistait sur son caractère inhabituel ou soulignait qu'il devait aux convenances (du fait de ses liens familiaux : gendre médecin, fille infirmière) l'intérêt qu'on lui témoignait.

En fin de compte, le malade ne pouvait maintenir longtemps un rapport positif avec les médecins qui le soignaient ; il revendiquait ce que ceux-ci ne lui donnaient pas et tenait en échec leur puissance désirée. L'hypothèse d'un contentieux très lourd avec les médecins se justifiait à travers la longue histoire d'un traitement raté ; non seulement nous la verrons se vérifier au fur et à mesure du traitement, mais nous comprendrons mieux sur quelle base ce conflit s'est noué.

La médiation du training autogène.

Pourquoi ce projet de relaxation ?

Réactualisées dans le cadre de notre relation, celle-ci devenait le lieu de dialogue où ces tensions s'expliciteraient et se résoudraient. Mais comment ? Pourquoi avoir proposé à ce moment là un training autogène de SCHULTZ ? Essayons de décanter les motivations de notre projet :

- L'aspect physique et la rigueur de l'entraînement à la relaxation tenaient compte des défenses par la réalité, du type de la pensée opératoire, que manifestaient le malade. Evidemment, pour ne pas bloquer une éventuelle évolution, nous n'avons pas trop insisté sur cet aspect et sur l'action souhaitée au niveau du symptôme-cible.

- D'autre part, la fréquence et la régularité des rendez-vous répondaient au besoin de dépendance du malade. Ce cadre contractuel rendait licite nos rencontres hebdomadaires qu'il protégeait de son envie destructrice très culpabilisée.

- La fiabilité professionnelle de ce plan thérapeutique, propre à soutenir la confiance du patient, était tout aussi précieuse pour le thérapeute. Nous pensons que beaucoup de médecins généralistes, trouvant dans cette technique le moyen d'aider leur client, éviteraient avec lui les rencontres lassantes où l'un et l'autre se sont résignés à ne plus tenir qu'un discours de sourds.

Les étapes successives d'un "faire ensemble" ?

Au début, nous avons sollicité la coopération du malade pour son traitement, sous la forme provocatrice d'un défi un peu risqué, en alléguant qu'il n'irait sûrement pas jusqu'au bout.

Avec le recul critique, nous nous demandons maintenant si ce n'était pas une manière de prévenir l'interruption éventuelle du traitement, et de nous prémunir contre l'atteinte narcissique d'un échec ? En ce cas, nous renvoyions sur le malade, la crainte de ce que nous

redoutions. Il existe une contradiction entre le souci d'inciter sa responsabilité dans le choix thérapeutique, et le reproche tacite, anticipé qu'il ne se conformera pas au projet initial, fut-il d'abord partagé ; au fond, nous nous engageons davantage de notre propre désir que de ce que le malade nous autorisait alors.

En fait, son intérêt fut durablement stimulé ; il ne manquera aucune séance et fera l'entraînement avec une scrupulosité obsessionnelle : ordonnances classés dans des chemises, exercices faits, feuilles de contrôle parfaitement remplies.

Comment schématiser les étapes de "ce faire ensemble" médiatisé par le training autogène ?

- Les contrôles de tonicité musculaire, pendant les exercices, légalisèrent un rapproché corporel silencieux qui pouvait faire saisir au malade notre capacité d'identification à lui, sur le mode de "comme si j'étais dans votre peau".

- D'abord, au cours du relâchement propre à la relaxation avec l'abaissement de la vigilance, la confrontation consciente du malade avec son éprouvé corporel, provoqua la peur intense de vivre et de contrôler son corps.

- Puis, peu à peu, il exprima en fin de séances que la douleur fonctionnait comme le rappel subi d'émotions qu'il cherchait à éviter : "je suis obligé d'y repenser, je préférerais oublier" répétait-il.

Mais la douleur s'impose, trace qui ne parvient pas s'échanger avec des mots. Il cherchait des éclaircissements sur cette pathologie en supposant des causes séquellaires traumatiques de nature arthrosique, ou il posait des questions sur d'éventuelles contrindications d'associations médicamenteuses.

- Enfin, les plaintes corporelles s'estompèrent ; les tensions émotionnelles mises spontanément en rapport avec le vécu douloureux, se lièrent à des groupes de souvenirs. Les affects se tissèrent progressivement dans la trame d'un récit biographique vivement éprouvé. Le malade s'établissait dans sa généalogie par l'évocation de :

— la perte de sa fille, au moment de son mariage avec un médecin méprisant ; le départ du couple sans laisser d'adresse.

— la mort de son père que le malade dramatisa en la mimant : "Il présenta une paralysie brutale du bras gauche, alors qu'il prenait un repas". Transporté dans le service hospitalier où travaillait sa fille, "tous les spécialistes se sont penchés sur lui, mais ils n'ont pas su voir ce qu'il avait ; il est mort dans la nuit".

La reprise évolutive.

Une évolution d'abord favorable se dessina avec :

— la disparition des céphalées après la quatrième séance d'entraînement avec une impression de bien-être général,

- la reprise active du travail, donnant au malade d'importantes satisfactions d'amour propre,
- la réminiscence de souvenirs pénibles, habituellement maintenus en dehors du champ de conscience, et leur mise en relation directe avec le vécu douloureux.

Mais finalement, un doute subsista sur l'opportunité et l'efficacité de ces soins psychothérapiques, quand, après quelques temps, le malade ressentit des douleurs angineuses, sans preuves électrocardiographiques, qui le conduisirent aux consultations des cardiologues ? S'il suscitait l'intérêt des cardiologues par ses douleurs précordiales, il redoutait que ceux-ci ne sachent "voir" qu'il risquait de mourir. S'agissait-il d'une coïncidence ou d'une substitution de pathologie ?

Il garda, cependant, un contact précieux avec nous et ne tenait pas l'amélioration pour nulle, même si elle n'était pas totale. Aux yeux du malade, notre intervention n'était pas endommagée, elle gardait une valeur, sans être menacée par des oscillations en tout ou rien entre l'idéalisation ou les attaques anxieuses.

Ainsi préservée, notre relation assurait-elle suffisamment la restauration narcissique de ce malade, initialement en danger d'abandon dès le moindre retard de correspondance ou la suppression des feuilles de prescription ? Que voulait-il nous signifier par le retard d'une demi-heure aux trois dernières séances ? Leur désinvestissement "abandonnique" avant qu'elles ne viennent à manquer ? Ou bien, serait-il maintenant capable d'accomplir un mouvement de séparation non traumatisant, après la répétition hebdomadaire des exercices faits ensemble. Lui avons-nous fourni la possibilité d'aller de la dépendance à l'autonomie ?

Quelques axes de recherche.

Afin de nous arrêter, plutôt que de conclure, résumons succinctement, sans intention de fixer des certitudes, mais seulement avec celle d'interroger, sur un cas particulier, certaines dimensions de problèmes, les directions essentielles que nous avons très partiellement examinées.

Au médecin qui est là pour l'entendre, une souffrance se dit à travers les plaintes du malade, répétitives, lassantes, défiant le savoir médical.

Les symptômes douloureux, opaque aux investigations technologiques saisit dans le même piège,

- et le médecin, de bilans en prescriptions symptomatiques,
- et le malade, ne pouvant traduire qu'en un vécu cénesthésique, prenant valeur d'appel angoissé, les nombreuses pertes imaginaires subies.

Leur rencontre devra désamorcer un leurre qui n'offre aucune prise au dialogue.

Le traitement se fonde d'abord sur la confiance en la présence soignante, introduite ici grâce à la médiation d'une technique de relaxation. La fiabilité du support technique constitua une nouvelle "aire" d'expériences susceptibles d'apporter des transformations à la personne que nous avons décidé d'aider.

Cette technique permet la restauration narcissique du malade, assurant peu à peu de nouvelles capacités de séparation ; elle autorisait d'autre part, dans l'actualisation de la relation, la réminiscence et la verbalisation des conflits ; leur mentalisation substituait progressivement à l'éprouvé corporel muet, la mobilité d'une parole reliée au sens d'une vie.

Notre échec relatif nous apparaît, maintenant, lié à notre difficulté de rapporter l'apparition des douleurs précordiales dans la relation transférentielle. Le malade nous entraînait vers un horizon cerné par la mort. Il vivait la répétition menaçante des douleurs angineuses avec l'effroi d'une implacable condamnation à vivre quotidiennement sa mort. Nous nous demandons si cette symptomatologie n'était pas supportée par un obsessionnel besoin de la possibilité redoutée de la mort, pour résoudre ses conflits.



CHAPITRE III



L'EFFICACITE SYMBOLIQUE DU SOIN PSYCHIATRIQUE A DOMICILE

Une expérience concrète.

Ce chapitre, comme le précédent, est né d'une expérience concrète et d'une interrogation sur elle.

Nous rapportons et questionnons "le service" rendu aux partenaires d'un couple, lors de la lente et grave détérioration d'un conflit conjugal ancien.

Notes établies au cours de la première rencontre.

Le mari nous consulta sur le conseil du médecin-généraliste qui, la veille au soir pendant son tour de garde, était intervenu au moment d'une violente querelle de ménage. Très agressivement, la femme menaçait d'enjamber le balcon pour sauter du deuxième étage. Cette fois, elle dépassait les bornes et son mari voulait s'en débarrasser. Après des années de patience, l'hospitalisation est maintenant son seul et dernier recours, quoiqu'il juge les soins inefficaces.

Mais l'impatience de sa démarche désemparée à l'hôpital même, loin de chez lui, alors qu'il pouvait nous rencontrer quelques heures plus tard à la consultation du dispensaire de son quartier, trahissait l'ambiguïté de sa résolution, sa détermination et sa fragilité tout à la fois.

Et bien qu'il n'exprimat aucune sollicitude à l'égard de sa femme, il posait sur nous un regard confiant, dans l'attente désespérée d'une aide.

Au cours du premier entretien, cet homme jeune entre 30 et 40 ans s'emporta parfois vivement à l'évocation du comportement de sa femme qui s'aggrave épisodiquement depuis 2 ans. Comme il travaille en déplacement, il s'absente du foyer presque toute la semaine ; quand il rentre, sa femme "se met hors d'elle, lui jette des objets à la tête, crie ne sachant plus ce qu'elle dit".

Il nous expliqua encore qu'elle boit de la bière en quantité importante et fume beaucoup. Elle est persuadée que tout le monde lui veut du mal et que son mari la trompe.

Elle a souvent des histoires avec les voisines ; elle a même été condamnée, il y a quelque temps, à une amende pour avoir giflé l'une d'entre elles. Plus récemment, elle a émis des chèques sans provisions, contraignant son mari à lui retirer sa procuration "afin de n'être pas toujours à découvert".

Celui-ci est en plus très irrité des justifications avancées par sa femme, pour lui assigner des torts qu'elle reconnaît pourtant ensuite ; car à certains moments, précise-t-il, elle est mieux "au point qu'on ne supposerait jamais qu'elle ait ça sur elle". Il avait fait précéder cette remarque, de quelques brèves notations biographiques invoquées comme causes de l'attitude de sa femme : abandon par ses parents à l'âge de 13 ans ; déceptions amoureuses avant le mariage. Il l'aurait épousée pour "la sauver de la détresse".

Après avoir longtemps tout supporté, il affirme être découragé par les échecs de multiples tentatives de solutions dont il donne quelques exemples : surveillance étroite en marquant d'une croix les bouteilles de bière, afin d'apprécier leur vitesse de renouvellement ; inspection des piles de linge ; recherche de bouteilles vides. Pendant son absence, il fait participer le fils aîné à ce contrôle. Après l'émission des chèques sans provision, il avait supprimé la procuration pour se protéger de l'inconséquence de sa femme dont il avait finalement pensé se séparer ; il aurait renoncé à ce projet à cause des enfants.

Mais il est maintenant très inquiet de son influence sur ceux-ci (un garçon aîné de 12 ans ; et deux filles jumelles de 6 ans). Aussi, puisqu'il est à la veille de ses vacances et qu'il pourra lui-même les garder, il veut faire hospitaliser sa femme. La dramatisation conjugale dépasse les limites de tolérance de l'entourage ; les conséquences retentissent gravement sur la vie familiale.

A ce point, la gravité et l'urgence de la situation ne sont pas douteuses. Mais elles s'amplifiaient encore de la tonalité des plaintes de notre interlocuteur : sans doute, cherchait-il à nous transmettre le désarroi qu'il ressentait, pour nous convaincre de la toxicité de la conduite de sa femme. Il en redoutait le désordre et le non-sens ; afin de se protéger, il contrôlait notre décision de les séparer.

Des conditions de travail privilégiées.

C'est pourquoi, assurément, était-il plus favorable d'engager ce travail dans des conditions de recul aussi privilégiées et rares :

- En première ligne, pendant l'épisode de crise, c'est le médecin généraliste qui était impliqué, comme témoin de la violence relationnelle conjugale et effecteur de la séparation. Il a fait face, en sachant tenir le coup. Son intervention résolutive des troubles du comportement, n'a pas court-circuité les tensions conflictuelles traduites sur ce registre puisqu'elles se relancent maintenant dans une parole.
- L'hospitalisation a pu être différée. En arrivant, le matin, dans le service, nous ne nous trouvons pas devant une solution déjà anticipée, souvent en impasse : d'une part la découpe institutionnelle des rôles oriente la prise en charge malgré nous ; d'autre part, devenus les supports projectifs des malades comme agents d'exclusion, il est souvent difficile de se dégager de ce cercle de projection.
- Mais plus encore, : la qualité de l'intervention du médecin de ville auprès de cette famille, révélait les exigences auxquelles doit répondre un ensemble technique fonctionnel s'organisant en souplesse sur les besoins du moment.

Nos moyens habituels.

Dans les circonstances où nous travaillions, cette simple visite à domicile pointait la place où le psychiatre risque de manquer, à s'en tenir aux stéréotypes aliénistes : le fonctionnement du service était très hospitalo-centré ; il "recrutait" la population urbaine d'un nouveau quartier et le dispensaire d'hygiène mentale prolongeait dans la collectivité les activités de l'hôpital, sous la forme d'une surveillance de "post-cure". Pour caractériser cette conception bureaucratique d'un secteur asilaire par une référence aussi éloignée que possible d'une appréciation ou d'une critique personnelles, on peut lire l'article rédigé en 1963 par notre chef de service Madame Jeanine MIDENET (1). Ainsi, aux consultations, les malades étaient convoqués automatiquement, régulièrement et indéfiniment ; nous ne traitions pas de cas nouveaux, pratiquement tous hospitalisés d'urgence par les médecins généralistes. De toute façon, médicalement, nous n'étions pas organisé pour que les soins ne soient pas seulement liés à la "cure" hospitalière ; sur le plan administratif local d'autre part, les assurances de responsabilité civile contractées pour le personnel hospitalier ne couvraient les visites de secteur qu'auprès de malades antérieurement hospitalisés.

Pour aider cette famille, nos possibilités étaient restreintes. Une alternative résumait clairement notre choix : ne rien faire, malgré la forte demande ou ne rien pouvoir faire d'autre qu'interner la malade sur le mode du placement volontaire ; ce que le médecin généraliste avait su éviter.

Vers d'autres possibilités.

L'ensemble de l'équipe était prête à élaborer l'offre de soin dans le sens d'une singularisation de la prise en charge : les troubles du comportement et les solutions qui leur avaient été jusqu'à présent apporté, suggéraient explicitement leur valeur symbolique : ils permettaient des décharges agressives et leur retournement masochique auto-punitif. Ce contexte relationnel nous incitait à rechercher une médiation thérapeutique qui n'infligeât pas de blessures d'amour propre, (celles-ci ayant éventuellement contribué à la formation des symptômes) et qui put suggérer, d'autre part, sur le mode inconscient et symbolique (c'est à dire sans rechercher les prises de conscience) qu'un équilibre allait être trouvé.

Nous avons donc constitué une petite équipe composée d'une infirmière, d'une psychologue et d'un interne en psychiatrie ; le travail serait déterminé en fonction des besoins particuliers du cas (2).

Nous proposons des entretiens au domicile, nous tenant à la disposition du couple, dans son milieu le plus familier.

Le mari accepte ce projet ; nous rendrions visite à sa femme, pour en discuter avec elle et préciser ses modalités.

(1) Bilan de six années de pratique sectorisée dans un service de province par M. MIDENET, Madeleine LAMBERT, Jeanine MIDENET, G. MARCOU et P.A. LAMBERT, "L'Information Psychiatrique, Dec. 1965 n° 10 p. 801 - 807.

(2) Pour leur collaboration dans cette intervention, nous remercions Mme H. CLERC, infirmière et Melle Ch. PUISSANT, psychologue

Déjà dès cette étape, nous nous orientons vers une expérience qualitativement différente des prises en charge hospitalières habituelles.

La collaboration déhiérarchisée des uns et des autres, en dehors des rôles prescrits et des "murs de l'asile" mobilisait l'initiative et la responsabilité de tous, en fonction du souci pris pour les patients dont nous nous occupions. La cohérence de ce petit groupe était garante de l'autonomie de chacun sortant de l'anonymat amorphe.

Un climat héroïque soulevait notre idéal thérapeutique, et annulait les tensions habituelles entre les membres de l'équipe ; porteurs de toute la "bonté du monde" face à une institution chargée de tous les défauts ! Sans doute ne manquera-t-on pas de nous reprocher notre toute puissance satisfaite. Eh bien, nous y reviendrons.

Une interrogation...

La richesse relative de cette expérience en détermina les conditions d'efficacité.

Restent les questions auxquelles il faut la soumettre.

Une exigence scientifique.

Il est exigible, en effet, de dégager de leur gangue sensible, quelques hypothèses élémentaires de travail qui seraient applicables et vérifiables dans d'autres cas précis.

Sans prétendre épuiser par l'analyse théorique, la réalité dernière de notre offre thérapeutique, nous nous hasarderons à en démontrer la valeur instrumentale sur plusieurs plans :

- auprès des "usagers" qui sollicitent l'aide,
- à l'intérieur même de l'équipe et du service hospitalier,
- par rapport, enfin, à la collectivité desservie par notre travail psychiatrique de secteur dans un quartier urbain en expansion.

L'importance de la mise en situation.

Nous essaierons de définir dans quelles conditions nous avons déterminé ces évolutions favorables.

Leur succès s'est trouvé facilité par un "cadre particulier" qui prenait en considération non seulement les besoins des patients mais aussi ceux des soignants pour qu'ils soient efficaces.

Les modalités de notre intervention reposaient sur la conviction, de changements possibles pour les malades et le personnel ; elles visaient à symboliser une aire assez fiable pour mobiliser de nouvelles expériences.

C'est en ce sens que nous avons élaboré notre modèle sémiologique : sa nécessité nous paraissait évidente, afin de proposer une cohérence logique, capable de créer une invention permanente de la part d'une équipe homogène.

Nous comparerons cette sémiologie et ce projet thérapeutique à la nosographie et aux soins hospitaliers en essayant de caractériser la différence de leur valeur opératoire.

Les intersections de l'offre et de la demande.

A travers cette comparaison, sans doute pourrions-nous faire ressortir que les malades s'adressent à nous en fonction de l'image qu'il se font de l'hôpital, compte-tenu du rôle socialement assigné à celui-ci et du projet dans lequel ils nous tiennent.

Notre réponse, en ce qu'elle aura de corrective, ne dépend-elle pas tout autant de l'image que nous avons de notre pratique, en regard de notre technique, de notre mandat social, lié à la signification de l'institution où nous travaillons et à la place qu'elle nous réserve ?

L'intégration à un Code Social.

Nous insisterons justement sur notre intégration au code social qui donne sa valeur symbolique à notre activité et fixe notre place dans le système qui nous institue.

C'est de cette place que nous orientons notre conduite thérapeutique, en la "travaillant" d'une double question :

— Pourquoi la société se donne, par ses règles et ses procédures, tel discours, telle pratique comme légitimes et en disqualifie d'autres ?

— Comment la transgression peut-elle garder ses effets bénéfiques ? Nous aborderons là l'ensemble des procès légalisateurs de la subversion qui maintiennent l'opposition et la corrélation de pôles contraires. Il s'agit de nous demander comment notre choix thérapeutique se justifie et s'accrédite auprès du groupe, afin de répondre à la confiance et aux exigences de l'opinion collective.

Deux dangers : réduction anecdotique ou fétichisation.

Dans notre formation, cette expérience a pris une place importante, peut-être excessive ; mais elle ne saurait, à l'inverse, être réduite à un caractère d'illustration simplement anecdotique.

C'est pourquoi nous avons voulu lui demander "son reste" afin qu'elle ne se dissolve pas dans l'affabulation. Le risque est grand de faire de ces pratiques des fétiches, en les chargeant de résonnances affectives sans rapport avec la nécessité d'une application strictement contrôlée.

La demande d'exclusion à la rencontre de la clinique classique.

La sémiologie normative.

La demande que formule notre interlocuteur, limite et prescrit nos modalités de traitement selon la logique avec laquelle il traite ses difficultés depuis longtemps. Formant la trame de notre entretien, j'ai cru repérer la quête d'une complicité entendue, par le recours insistant à l'objectivité médicale pour reconnaître, dans son discours, les symptômes dont sa femme est porteuse, et que s'établisse un consensus sur la nécessité de la solution qu'il a choisie. S'il cherche notre appui, c'est pour recevoir confirmation de sa décision ; n'a-t-il pas regretté, en d'autres occasions, de n'avoir pu parler au médecin qui s'est laissé abuser par les propos de sa femme ?

La sollicitation, nullement exceptionnelle à recueillir des signes selon les critères de la raison, rencontre les fondements de la démarche clinique classique. Celle-ci repose sur "la vieille notion de porteur de symptôme, artefact dans lequel l'art du psychiatre démêle ce qui lui est essentiel à la reconnaissance de son modèle" (3). Cet inventaire objectivant du certificat de 24 heures se base sur une comparaison par rapport à la norme, à la recherche d'une disparité du sujet et se traduit par une thérapeutique directive et normative.

En termes différents de ceux du brigadier de gendarmerie, dans un rapport pour un placement d'office, ou du Journaliste de faits divers, la sémiologie médicale fait appel aux mêmes représentations, elle utilise les mêmes critères de bon sens à partir desquels s'est trouvée créée la fonction de psychiatre. Ainsi, coïncide admirablement, la protection du groupe devant les risques de désordre et le traitement médical puisque les critères de maladie et ceux d'exclusion sont les mêmes.

Les soins hospitaliers.

Sans doute est-il facile de condamner une telle position qui "fait le beau jeu du rejet qui s'exprime et attend la parole médicale pour s'accomplir" (4).

Pourtant, dans le cadre où notre action est requise, la référence à la norme peut-elle être éludée même si les critères de comparaison sont discutables et changent avec les époques, le degré d'élaboration des savoirs, l'idéologie dominante ?

D'autre part, quand un conflit s'enflamme ainsi, la possibilité d'une séparation prenant en compte les fortes charges de rupture, accumulées par les craintes réciproques, est-elle a priori à éliminer ? Elle nécessiterait même le poids suffisant de l'institution pour entraîner une stabilisation. Le comportement qui nous rapporté, met en scène une intense dramatisation dont il serait grave de négliger l'intentionnalité indirecte d'une recherche apaisante de contention ou de punition ; cette conduite a valeur d'appel et une intervention s'impose afin d'éviter l'escalade destructrice.

(3) BENOIT et DAUMEZON : Apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique. Rapport de psychiatrie au Congrès de MILAN 1970 p. 287).

(4) BENOIT et DAUMEZON op. cit. p. 288

Enfin, le bénéfice de la collecte légitimant les signes n'est pas inintéressant : le diagnostic a un effet déculpabilisant, puisqu'il désigne la maladie responsable dont on est la victime ; alors, on participe à cette valeur mythique de notre société. De plus dans ce noeud de fiction relationnel, la répartition précise des responsabilités a non seulement un aspect rassurant, elle sanctionne la désignation différentielle de chacun par un tiers.

Structure/événement ; jeu/rite ; métaphore (similarité)/métonymie (contiguïté).

Il est devenu courant de dire que le diagnostic psychiatrique participe d'un mythe : il constitue une structure par l'agencement d'événements ou plutôt de résidus d'expérience ; il redonne une cohérence formelle à ce qui était étrange et informulable ; il combine des éléments afin que la maladie devienne familière, à travers une entité reconnue et classée. On peut ainsi tarir, en participant illusoirement du savoir de la médecine, deux sources d'angoisse : l'inconnu et la relation. Mais on sait bien aussi que ce sont les malades et leur entourage qui veulent qu'on leur désigne la maladie responsable dont ils sont la victime et qu'il faut anéantir.

Dans cette forme de pensée, les structures combinées à partir de la richesse de l'expérience, la réduisent sans apporter de surcroît d'intelligible ; elles figent toute perspective d'innovation, en fermant un certain nombre de questions.

La prise en charge hospitalière opère de façon homologue : puisqu'elle ritualise une relation entre des protagonistes dont les rôles ont été préalablement fixés. Ainsi une relation structurale s'instaure secondairement aux événements.

A la différence de ce rituel, le jeu pose des règles dont la valeur opératoire crée des événements. C'est sur cette opposition que nous penserons notre conduite thérapeutique ; en ajoutant, que plutôt que de se mouler dans les cadres métaphoriques d'un savoir abstrait, elle doit coller "au plus près" des besoins particuliers.

La critique : dernier alibi d'incompétence.

La reconnaissance des données historiques et sociales dans lesquelles se déroulent la psychiatrie, ne pourrait-elle que renvoyer obligatoirement à une sémiologie normative, et aux modalités hospitalières de soins, même si on le regrette ? Il n'échappe pas à une critique hâtive et superficielle que cette attitude clinique élabore peu la description sémiologique et les perspectives thérapeutiques : elle se contente de refléter l'image que se fait le sens commun. Son but se fixe la suppression des symptômes pour retrouver la conformité aux règles collectives.

Preñons garde cependant, que la dénonciation des manques de cette pratique ne soit pas seulement l'alibi amer d'une incompétence à entrevoir d'autres nécessités, à concevoir d'autres possibilités ; car il ne suffit pas de déplorer le triomphe insolent d'une psychiatrie, ne validant que les critères de pertinence de santé mentale fondés sur l'arbitraire restrictif et les généralités préconçues d'une définition normative de la maladie, et n'opérant que par la légitime ritualisation des moyens institutionnels mis à notre disposition.

Un modèle d'évolution.

Pourquoi ? Comment ?

Sans négliger les limites liées aux contraintes sociales, constituant le cadre extérieur rigide de la pratique, l'essentiel est de penser la cohérence à l'intérieur de laquelle se déploiera l'approche sémiologique et l'intervention thérapeutique.

Quels objectifs, articulés aux exigences particulières du cas, faut-il se fixer ? Quels moyens, adaptés aux fonctions et à la formation spécifiques de chacun des membres de l'équipe, doit-on se donner ?

Ces questions obligent à retenir des hypothèses et des critères qui offriront des possibilités renouvelées, pour concevoir un modèle d'évolution : les éléments moteurs susceptibles de l'animer sont, pour nous, la reconnaissance du **SENS** des faits à travers le trajet existentiel du sujet, dans le **DISCOURS** qu'il nous adresse ; ils détermineront d'abord notre écoute pour appréhender la réalité qui nous est rapportée puis orienteront nos propositions de soins.

A l'écoute du discours du sujet.

C'est comme interlocuteur attentif à l'émergence des signes, que nous nous plaçons à l'écoute du discours du sujet.

Les signes prennent là leur valeur signifiante quant à la vie de chacun des protagonistes du conflit ; ils ne renvoient plus à un langage extérieur mais ils deviennent une façon de dire, insérée sur une situation conjugale très affectivement ressentie.

Dès lors, il est possible de reconnaître le comportement dont le mari porte témoignage, comme le symptôme d'un ensemble relationnel pathologique ; les deux partenaires le "préservent" en entretenant un équilibre de plus en plus onéreux entre les troubles et les multiples tentatives de solution.

La persévération d'une aberrante logique.

La dramatisation caricaturale des manifestations est une mise en acte provocatrice à l'égard du mari. Le niveau logique de sa réponse pousse la femme rétroactivement à se conduire ainsi.

Plus il la surveille, plus elle lui donne à voir ce qu'il redoute. Sur un mode sado-masochique, les passages à l'acte visent à ébranler le contrôle omnipotent par une démonstration agressive, mais en justifiant les soupçons, ils suscitent la rétorsion. Quitte à s'en plaindre, tout en l'approuvant !

La demande d'hospitalisation, sous son apparente banalité, nous confronte à cette aberrante logique. Elle est, sous une autre forme, l'illustration de la même obstination à augmenter depuis plusieurs années la surveillance et renforcer la dépendance infantile. Nous avons fait remarquer déjà que le mari exerce sur nous le même contrôle.

Aussi liée au modèle d'interactions relationnelles pathologiques qu'elle va entretenir on peut prévoir que l'hospitalisation sera utilisée dans un "chantage" ultérieur avec reconnaissance docile des torts, puis recrudescence de la pathologie, etc...

Il est donc nécessaire de proposer autre chose ; mais c'est difficile, car si cet entraînement grotesque fige l'attitude de chacun dans la persévération réciproque, les déterminations inconscientes restent très ambivalentes.

Un postulat imaginaire plus réel que la réalité.

La revendication du mari à désigner objectivement sa femme comme porteuse de symptômes, en s'accrochant à la réalité tangible des troubles du comportement, se révèle un alibi pour accréditer le postulat imaginaire de malignité à travers lequel il l'appréhende.

Les notations biographiques qu'il nous a données, l'absence de sollicitude, la non-reconnaissance de ses qualités, la distorsion entre la banalité de certains aspects dont il se plaint et l'excès de gravité avec lequel il les qualifie, nous le montrent davantage préoccupé de la confirmation de ce postulat, plus réel pour lui que la réalité des troubles.

N'a-t-il pas épousé sa femme comme une pauvre à secourir ? Rencontrée dans la détresse, il a joué auprès d'elle un rôle imaginaire en l'aidant à surmonter ses déceptions. Il a échoué, dit-il, à la changer ; donc quelque chose ne fonctionne plus dans leur contrat tacite de mariage et il veut s'en débarrasser. Mais il ne peut se démettre sans culpabilité et nous fait assumer la séparation.

Tout s'organise dans le couple autour de ce non-dit par des agirs qui tentent d'effacer ce qui rôde dans l'intersubjectivité de leur relation, en l'objectivant sur le registre du comportement, ou sur celui du diagnostic médical, de façon alors moins dramatique mais tout aussi extérieure. Il y aurait un jeu d'avancée-recul entre ce qui se démontre manifestement dans les conduites et se cache à la conscience, sans être mentalisé.

L'implication réciproque des deux partenaires dans cette relation nous remettait en mémoire une phrase de WINNICOTT que nous étions tenté d'appliquer à chacun d'eux, et à leur mode de rapport : "si un adulte prétendait nous faire accepter l'objectivité de ses phénomènes subjectifs, nous verrions dans cette prétention la marque de sa folie". C'est ce qu'il fallait démasquer et traiter, non se rendre complice de son occultation.

Revendication agressive et troubles narcissiques.

Nous souhaitons mieux comprendre la situation et préciser l'aide que nous apporterions, en rencontrant la femme. Nous l'avons visitée à domicile.

Elle nous accueillit, la psychologue et nous, avec une indifférence feinte ; plutôt d'abord inquiète de notre démarche : elle craignait qu'elle ne soit inquisitoriale après l'entretien avec son mari. N'étions nous pas le médecin de celui-ci. ? Elle nous renvoya ce rôle d'emblée à travers une question sur le règlement des honoraires qui montrait le clivage net entre son médecin à elle et celui de son mari.

Elle chercha comment elle pouvait se situer, par rapport à l'alliance supposée, entre lui et nous. Sa place aurait, ainsi, déjà été déterminée à ses dépens, par le crédit que nous aurions porté aux allégations du mari. Il lui était manifestement difficile d'exister en dehors du jugement contraignant de celui-ci et elle expérimentait avec nous la latitude que nous lui laissions. Elle tâtait le terrain ; par l'assertion "je ne sais s'il vous l'a dit", son discours s'inscrivait en référence constante à celui du mari qu'elle voulait contrebalancé.

Elle se montra soucieuse de ménager les apparences ; elle nous demande même, à la fin de notre visite, si elle nous avait fait bonne impression, pour s'assurer que nous emportions d'elle une bonne image.

A cet effet, elle parlait un langage affecté, plaqué superficiellement sur une émotion vive, non communicable avec les mots ; les affects surgissaient de façon imprévue et non congruente avec ce qui était dit, sous forme de larmes ou de sanglots retenus.

Elle afficha, aussi, sa bonne volonté à entretenir la maison, pour se plaindre en même temps amèrement de n'être pas appréciée à sa juste valeur par toute sa famille.

Nous pouvions supposer qu'elle se bloquait dans une position de revendication agressive, comme si elle ne pouvait que provoquer l'intérêt négatif par un comportement négatif.

Nous avancerions même l'hypothèse d'un sens, donnant valeur économique à ce mode relationnel : la charge agressive procéderait d'un manque profond sur une grande fragilité narcissique que la patiente dissimule et négocie sous ce renversement actif. Elle retournerait secondairement cette agressivité contre elle-même par culpabilité et pour préserver l'objet convoité.

Une situation thérapeutique à l'intérieur même de la crise.

En mesure de saisir le sens de la demande par rapport à l'ensemble de la situation, nous voulions formuler une réponse corrective du trouble de communication qu'elle implique.

D'abord, (à un niveau macroscopique, en quelque sorte) nous souhaitions éviter l'hospitalisation pour enrayer la persévération qu'elle représentait en tant que pseudo-solution.

Surtout nous cherchions des directions ultérieures de dialogues dans une relation qui, de familière devenait dangereuse, en s'enlisant dans un noeud de fiction.

Par ce que nous allions proposer nous nous sentions très directement concernés pour l'évolution et l'équilibre futurs.

Un système d'opposition et de corrélation.

Un chemin de crête entre soumission docile et clivage.

Nous étions confronté à cette demande, comme interne en psychiatrie, pendant les vacances de notre médecin-chef. C'est cette occasion qui nous permit d'assumer nos responsabilités cliniques de soin et de formation.

En temps normal, il y a bien des chances pour que ce problème ne nous soit jamais directement parvenu à sa phase d'élaboration, bien que nous ayons déjà personnellement travaillé, en excellente collaboration, avec le médecin généraliste qui nous adressait ce couple.

D'autre part, toute initiative était dogmatiquement réprimée par notre "patronne".

Le lecteur suivra à sa manière notre appréciation ; ajoutons qu'elle est chargée de résonnances affectives importantes, liées à la crainte du monolithisme relationnel écrasant qui fonctionnait pour les malades et le personnel sur le mode de l'appropriation/rejet.

Ce fonctionnement ne laissait d'autre alternative que la soumission docile ou le clivage. Nous avons veillé constamment à ce que cette réalité aliénante ne vienne pas redoubler son assujettissement à l'intérieur de nous, par l'intermédiaire de ses représentations fantasmatiques. Nous voulions finalement éviter les fortes charges de rupture non élaboratives.

Le travail de Marcel COLIN et Jean-Claude ROLLAND sur *"l'autorité et le contrôle dans les institutions de traitement criminologique"* (5) explore la psychologie inconsciente de chacun des protagonistes dans les situations régressives d'autorité ; celles-ci sont toujours potentiellement arbitraires et saturées de menaces, tant pour celui qui subit le pouvoir et craint qu'on s'en serve abusivement, que pour celui qui l'exerce et redoute qu'on lui prenne. Nous renvoyons à cette étude pour évaluer les implications émotionnelles de l'autorité qui surchargent la réalité rationnelle, de fantasmes et de mécanismes de défenses liées à des expériences individuelles, historiques.

Le désordre légalisé.

L'éloignement de notre médecin-chef entraîna non seulement une subversion des rapports habituels de décision mais une orientation thérapeutique différente.

Les conduites s'inversaient par rapport à la normale. Il importe de se demander comment ce désordre, bouleversant la logique habituelle, pouvait garder des effets bénéfiques.

Comment justifier de nous être lancé à nos "risques et périls" dans une activité "hors la loi".

Comment s'accréditait-elle auprès du groupe ? Quels sont les points d'articulation qui la relie à celui-ci ?

● **Le travail à domicile du médecin-généraliste** : s'écartant de nos moyens habituels de traitement psychiatrique, il nous en proposait une mise en questions et nous précédait vers d'autres possibilités.

Il nous invitait à mesurer notre pratique de façon plus relative, ou plus exactement dans une perspective relationnelle aux critères de pertinence et aux hypothèses de travail retenus.

(5) Quatrième journées internationales de criminologie clinique comparée 28-30 avril 1975.

Ainsi posée, notre réflexion sur l'orientation thérapeutique évitait les écueils d'une critique socio-politique de la psychiatrie ; nous l'interrogeons de l'intérieur même afin d'en éclairer les impasses et les contradictions.

- **La demande des clients** : nous en avons soulignée l'ambivalence ; apparemment ils ne sollicitaient pas autre chose qu'une hospitalisation et même la détermination du mari paraissait un obstacle à une autre solution.

Cependant ils s'empressèrent de l'accepter ; et ultérieurement, notre hypothèse sur la valeur masochique et les graves conséquences auto-destructrices de la demande d'hospitalisation, se confirma lorsqu'ils se firent l'écho du dénigrement porté par les habitants du quartier, sur le dispensaire, antenne de l'asile.

Leur attente d'une aide qui ne passe pas par l'hôpital, ni même par le dispensaire dont l'image asilaire, pour la population, les aurait blessés, rendait nécessaire des visites à domicile.

- **L'initiative de l'équipe** : elle constituait une force vive pour notre projet ; elle était l'esquisse d'une définition du soin qui ne soit pas dépendante des principes habituels d'un établissement psychiatrique fondé sur la hiérarchie, la division du travail.

L'initiative des infirmiers impliquait au contraire une véritable responsabilité envers le malade. Elle dépassait, dans l'intérêt de celui-ci, les rôles que l'on assigne habituellement à leur profession et reposait sur le souci qu'ils prenaient pour ceux dont ils avaient la charge : n'était-ce pas retrouver la pureté étymologique du mot soin qui signifie s'embarasser de....

Cette initiative en les sortant de la passivité et de la routine mobilisait une collaboration entre chacun des membres qui favorisait la cohérence du traitement.

Il y avait là toute raison de respecter les prérogatives des infirmiers qui caractérisent un changement de leur statut.

- **"Si vous croyez que l'on attend des textes pour travailler..."** raillèrent les membres de la commission médicale consultative quand nous leur posèrent le problème des clauses restrictives d'assurances responsabilité civile de l'établissement.

Leur ironique réponse maintenait la marginalité de notre initiative, en la légitimant par un consensus du groupe sur la nécessité de se déployer en dehors des options hospitalo-centrées de l'administration.

C'était d'une certaine façon, à laquelle l'humour de la réplique n'est pas étranger reconnaître les possibilités fécondes de la transgression, par rapport aux restrictions réglementaires.

Ainsi s'installait "une collaboration entre la tradition collective et l'invention individuelle... (dans) un système d'oppositions et de corrélations qui intègre tous les éléments d'une situation totale où... représentations et procédures, trouvent chacun sa place" (6)

La création d'une situation familiale différente.

Les difficultés à traiter.

Les éléments pathologiques, mobilisant d'importantes charges destructrices devaient être ramenés à l'intérieur de la crise pour prendre sens et être traités dans ce cadre. Cette option était plus angoissante et nous craignions son échec pour trois raisons principales :

- Montrer aux patients que ça peut marcher autrement et qu'ils en sont responsables risque d'aboutir non à une élucidation puis au changement de fonctionnement souhaité, mais à la négation du problème. Soupçonnés d'avoir percé la façade, le couple retrouvé nous donnera le change contre l'image dégradée initiale.

- L'alliance que le mari cherche à établir avec nous repose sur l'exclusion de la femme, en vue de se protéger d'une menace inconsciente. Si nous devons être acquis à sa cause, c'est non seulement pour qu'il trouve un appui auprès de nous, mais aussi pour que nous restions idéalement bon. Faute de quoi, nous serions contaminés par sa femme, et nous lui deviendrions hostile, en coalition avec elle.

Cette alliance fragile, recherchée avec avidité risque constamment de devenir persécutrice si elle venait à manquer ou s'il ne la maîtrisait plus.

- Avec la femme, il nous paraissait difficile de détendre en le mentalisant, le retournement avec renversement de type sado-masochique qui se manifestait par des comportements.

L'appel désespéré qu'elle négociait sur un mode agressif puis auto-punitif, menaçait l'aide que nous lui aurions donnée et qu'elle désirait ardemment. Face à la forte demande, risquant d'introduire virtuellement une relation sado-masochique de domination-soumission, notre apport devait se préserver de cette économie, pour l'analyser.

Daniel LAGACHE a particulièrement insisté sur cette dimension majeure de la relation intersubjective : "La position de demandeur est virtuellement, une position de persécuté-persécutateur, parce que la médiation de la demande introduit nécessairement les relations sado-masochiques du type domination-soumission qu'implique toute interférence du pouvoir". (7).

Les conditions d'un cadre nouveau.

Il fallait donc utiliser ces difficultés elles-mêmes, dans un sens thérapeutique. Comment nous en servir pour créer une situation familiale différente ?

- Notre présence auprès du couple constitua un contenant solide afin de soutenir les charges destructrices agies, rendues encore plus dévastatrices par le poids de la répétition. En montrant aux deux conjoints que l'on pouvait tenir ensemble, nous les préservions contre eux-mêmes.

(7) D. LAGACHE Situation de l'agressivité in Bull. Psycho. XIV, 1, 1960, pp. 99-112.

Nous les avons rencontrés à leur domicile pendant la durée des vacances annuelles du mari ; c'est à dire en un des rares moments où ils se retrouvent longtemps ensemble et dont le mari voulait se préserver par l'évacuation de sa femme à l'H.P.

- Pour tenir compte des clivages défensifs et des besoins affectifs particuliers de chacun, nous avons respecté les alliances qu'ils nouèrent sur des pôles différents de l'équipe :

une infirmière rencontra la femme toute seule ; par la médiation de quelques travaux ménagers, elle diminuait sa solitude lui apportant une compréhension et un soutien narcissique.

c'est avec le médecin que le mari trouvait un sentiment de sécurité ; avec la psychologue nous rencontrions le couple pour des entretiens bi-hebdomadaires.

- "Ce faire ensemble" ménageait un espace transitionnel permettant, d'une part d'approcher les menaces qui pèsent habituellement entre eux, de les représenter verbalement ; et d'autre part, de redonner au jeu de restauration mutuelle des deux époux, sa valeur positive de sollicitude réciproque, l'un pour l'autre, et non plus de crainte culpabilisée.

La portée symbolique des visites à domicile.

L'efficacité de ce type de travail se mesure, bien sûr, auprès des usagers ; mais nous aborderons aussi sa valeur sur le personnel tant il est vrai que ce qui est bon pour le soignants est bon pour le malade et réciproquement.

- Ces modalités rencontraient l'objection de principe du médecin-chef pour le risque de totale dépendance des malades à l'égard du service public. Sans que cette remarque générale se fonde sur des arguments précis, elle est l'écho d'une crainte très répandue à l'hôpital . Et pour résultat, que voit-on ? Les prises en charge n'en finissent pas de traîner ; on provoque un parasitisme perpétuel, en ne satisfaisant pas une dépendance temporaire, nécessairement préalable à l'autonomisation. A refuser de faire un bout de chemin ensemble, avec les divers apports réels et symboliques qui en résultent, on éternise une commensalité avidement destructrice, très culpabilisée de part et d'autre, sans valeur restauratrice.

Nous levions donc une confusion habituelle entre la dépendance et l'hyperprotection intrusive des malades ou l'accaparement du personnel. Notre représentation de la distance se diversifiait ; cet acquis est décisif, d'autant plus directement que la médiation thérapeutique se veut auprès du malade, introduction d'une relativité. En fin de compte, si les soins visent l'apport de la mobilité du symbolique pour concevoir une plus grande diversité de relations, il importe que les soignants soient les premiers à l'assumer.

- Si, dans le service hospitalier, d'autres dispositions pouvaient se concevoir, à l'intérieur même de l'équipe, des liens nouveaux se sont établis.

La participation active à une entreprise commune donnait la certitude de l'autonomie de chacun, découpée sur le fond d'une solidarité d'équipe. Le modèle sémiologique mobilisant le projet thérapeutique constituait le cadre sécurisant, cohérent et compréhensible, sur lequel les initiatives pouvaient se risquer.

Rien n'était construit d'avance, chacun tirait sa responsabilité de l'engagement qu'il prenait pour les soins qu'il prodiguait au patient.

Non seulement cela permettait aux infirmiers de prendre intérêt personnel à leur travail ; mais ils ont aussi appris à penser par eux-même, dans leur pratique quotidienne, sans le recours aux autres : ils élaborèrent ainsi, progressivement, la démystification d'un savoir tout puissant, ailleurs.

Ils ont puisé une confiance renouvelée dans leurs possibilités thérapeutiques et ils ont dégagé concrètement de cette expérience, une autre identité professionnelle que celle de "gardiens de fous".

Le respect de leurs initiatives, utilisait leurs propres aptitudes et leur évolution personnelle : cette progression se faisait au plus juste des capacités du MOI ; elle était accompagnée, sollicitée, soutenue dans l'effort par une aide confiante.

Enfin, pour notre part, nous avons trouvé là, occasion de reconnaissance d'estime pour les qualités de nos collaborateurs infirmiers.

- Notre présence au domicile était la mise à la disposition d'un groupe familial d'une possibilité de rétablissement de dialogue interrompu.

"Etre à leur service" devait avoir d'abord une valeur restauratrice sur le plan narcissique grâce à l'intérêt que nous leur portions.

C'était aussi une façon de solliciter leur engagement dans une situation dont il cherchait au contraire à se démettre. Leur implication évitait, en outre, toute blessure d'amour-propre par nos prescriptions.

Ainsi, la valeur symbolique de notre médiation thérapeutique était d'assurer d'abord une régulation entre leur avidité et leur rejet, le gavage et l'abandon. C'était au plan symbolique que cet équilibre se réalisait, au risque de se mettre en impasse.

Par ailleurs nous les autorisions à vivre des expériences de décharges agressives dans notre relation, au rendez-vous que nous nous étions fixés : si nous étions assez solides pour ne pas être découragés de leur agression et aussi pour ne pas nous laisser abuser, nous pouvions leur suggérer sur un mode inconscient et symbolique que ces aspects sado-masochiques qu'ils réactualisaient avec nous trouveraient aussi un équilibre.

- Enfin, par l'offre qui lui est faite, la collectivité desservie prenait une nouvelle confiance dans le service public de santé mentale. Ces dispositions de soin modifiaient l'image du travail psychiatrique.

Telles sont les bases de notre pratique dont nous souhaitons faire apparaître la fragilité et la contingence ; elles ne sont qu'une donne parmi d'autres, jouées dans leur diversité stratégique en face de la maladie.

La théorie et la pratique.

L'offre de soin psychiatrique défini à travers une approche historique et critique de notre pratique : c'était aborder un continent ! Ne s'offre-t-elle pas en plus à une réflexion assurément indéfinie ?

Mais n'est-ce pas tout de même chaque jour que cette aventure recommence ?

De cette expérience protéiforme et insaisissable d'emblée, il convient de repérer et comprendre certains mécanismes, de les ramasser le long d'une épine dorsale qui assigne un sens aux choses. C'est une exigence scientifique.

Toutefois, en empruntant le langage des linguistes, précisons que cette recherche du signifié constituant le cadre métaphorique de notre exercice fondé sur un savoir, n'épuise pas toute la richesse de la relation de contiguité au malade : celle-ci se déroule sur un registre non intégrable au précédent, d'implication personnelle de deux sujets.

L'approche clinique comme projet créateur.

Situation de permanente contradiction entre la formalisation logique de la théorie et l'empirie de la pratique qui nécessite l'élaboration continuelle d'une synthèse équilibrée : conférer à l'expérience un surcroît d'intelligible en l'arrachant de sa gangue sensible ; et grâce à ce modèle de compréhension et d'évolution, fabriqué sans cesse sur des hypothèses et théories, instaurer les moyens et les résultats d'évènements nouveaux.

Au contraire, la nosographie combine les symptômes et n'agence ainsi des syndromes que sur des résidus d'expérience ; la prise en charge hospitalière opère, après disjonction en position dissymétrique du thérapeute et du malade, par l'intermédiaire d'une ritualisation qui code leur relation : de l'évènement on va à la structure ; celle-ci n'innove pas, elle combine les éléments.

Nous opposons le fonctionnement d'un modèle sémiologique et thérapeutique définissant les règles méthodologiques capables de produire, du seul fait qu'elles s'instaurent sans trêve, les conditions créatrices de changements. Le soin n'existe qu'en tant qu'il se crée : cela donne lieu à une subversion de la clinique, à partir de son existence même.

L'arbitrage de l'offre et de la demande par la médiation du tiers social.

L'invention individuelle doit trouver sa place dans une collaboration avec les procédures traditionnelles. A ce point encore, les tensions travaillent pour s'intégrer dans un système d'oppositions et de corrélations : il n'est possible d'aborder les manifestations critiques de la folie, d'investir dans un sens thérapeutiques la richesse de leurs résonnances affectives que si l'on évite avec le malade une relation fusionnelle ; c'est donc la qualité du rapport du thérapeute au tiers social qui lui permettra de ne pas s'exposer aux courts-circuits en disjonction violente avec le groupe.

La non-conformité d'une pratique à l'ordre établi ne reste féconde que si elle se légitime dans l'opinion collective dont elle doit garder la confiance. Il y a là une médiation qui permet un équilibre entre l'offre thérapeutique et la demande pathologique.

Les procès légalisateurs de la subversion dans l'institution.

Nous nous sommes particulièrement intéressés aux procès légalisateurs qui accrédi-
teraient auprès du groupe la transgression :

L'enjeu de notre réflexion historique sur la naissance des principes de la psychothérapie relationnelle était de désigner un système symbolique de soins qui s'inscrive dans le réseau culturel d'une société et s'érige en point focal pour infléchir ses pratiques rituelles. Acte fondateur : il repousse l'écran des alibis pseudo-scientifiques du psychiatre qui ne trouverait une caution abstraite que dans l'extériorité du modèle médical.

Plus directement encore, l'attente d'une famille, l'intervention d'un médecin de ville, l'initiative d'une équipe hospitalière pointaient la place où le psychiatre manque, à s'en tenir aux stéréotypes aliénistes ; les écarts à la règle institutionnelle s'en trouvaient justifiés.

La subversion qui bouleverse ainsi la logique de l'institution est bénéfique parce qu'elle ne constitue pas une faute. Mais on touche ici ce que cela exige d'élaboration des rapports entre les différents niveaux hiérarchiques pour la distribution des responsabilités et des décisions.

Il est nécessaire de constituer un champ symbolique qui permette alors les échanges ; nous avons fait l'expérience au contraire des effets destructeurs des rapprochements violents de médecins-chefs tout puissants qui, dans ces circonstances, veulent reprendre autorité, contrôle sur "leurs" malades et "leur" personnel, en leur refusant toute initiative.

La relation du soignant au tiers institué : sa fonction inductrice d'évolution thérapeutique.

Que la folie, transformée en "maladie mentale" par les "vertus de la médecine" soit essentiellement traitée par l'attribution d'un statut social, voilà un lieu commun : les réponses institutionnalisées règlent les "cérémonies rituelles" qui réintègrent le fou, en le restructurant juridiquement comme un malade. Avec elles, celui-ci ne retrouve le symbolique que sous la forme de la puissance de la censure et de la norme, dont il témoignera, une fois "blanchi" de ses symptômes, par sa soumission à l'ordre social.

Nous pensons que cette limitation de la psychiatrie est supportée par un défaitisme thérapeutique qui, seulement aménage le désespoir pour qu'il ne soit pas destructeur.

Mais qu'au contraire, la référence à une conception théorique de l'inconscient, du Moi et de l'aliénation prenne cours officiel dans un service pour la meilleure cohérence des rapports entre les soignants et une plus grande efficacité de leur action, cela se reflétera rapidement dans le changement d'un syndrome pathologique.

L'offre de soins, en fonction de la relation que le thérapeute entretient avec le tiers institutionnel, induit la nature de la demande et le processus évolutif.

Les médiations symboliques de l'offre de soins.

Le soin ne peut passer que par la médiation de signes. Le trouble psychopathologique ne sera accessible qu'à un langage de symboles ; c'est à dire d'équivalents significatifs du signifié, relevant d'un autre ordre de réalité que ce dernier.

Or, le discours des métaphores verbales se heurte à la barrière du conscient ; les troubles profonds ne sont atteints que par des actes : opérations concrètes, discontinues symbolisant un élément homologue de la situation qu'on veut traiter.

Il importe pour les thérapeutes d'assumer cette manipulation sans se fourvoyer dans l'impasse de la reproduction littérale de la conduite correspondante mais avec la charge symbolique qui la constitue en langage.

Possibilité progressive de fonder un échange, puis une parole : cette représentation symbolique assure non seulement une expérience spécifique au plan de laquelle les conflits se "réalisent" mais aussi la création de liens de signification entre un signifiant et un signifié établis par association, glissement à l'intérieur du langage, pour sortir peu à peu de l'assimilation du mot et de la chose.

Repérer la fonction du soin à partir de médiations, opérateurs symboliques instaurant un jeu relationnel nous affranchit des illusions de la toute puissance du verbe....

Voilà en fin de compte la teneur du témoignage de nos parti-pris ; ils ne valent après tout, que par la recherche qu'ils mobilisent. Ces choix : on ne peut cacher l'engagement personnel qu'ils impliquent ; et leur impact même, sur notre vie.

ON suppose facilement que ce travail ne s'arrête pas au point final de sa conclusion.

Vu, le Directeur de l'U.E.R. Alexis-Carrel

Professeur R. MORNEX

Le Président de la Thèse :

J. GUYOTAT

VU, et permis d'imprimer
LYON, le 20 mai 1977

Le Président de l'Université,
Président du Comité de Coordination
Médicale

D. GERMAIN

BIBLIOGRAPHIE

● Avant-Propos :

P. GALLAIS

Perceval et l'initiation
Ed. du SIRAC

● Introduction :

B. BETTELHEIM

Un lieu où renaître - LAFFONT.

BONNAFE

- Information psychiatrique vol. 49 n° 4 avril 73
- Lettre à un jeune psychiatre.

M. FOUCAULT

- Surveiller et punir - GALLIMARD
- Le pouvoir psychiatrique - Cours au Collège de FRANCE 1974 - 75.

J. HOCHMANN

Une tentative d'élaboration du soin psychiatrique.
Séminaire 1975 - 76 - Hôpital du Vinatier.

J.P. PETER

Le grand rêve de l'ordre médical en 1770 et aujourd'hui
in "AUTREMENT" 4/1975-76

P.C. RACAMIER

Le psychanalyste sans divan. PAYOT
Troisième rapport du comité d'experts de la santé mentale. OMS (1953) : "l'hôpital psychiatrique public".

Th. SZAZ

Idéologie et Folie - P.U.F.

● Chapitre I

G. BACHELARD

La philosophie du non.
Le nouvel esprit scientifique.

J.M. BENOIST

La révolution structurale - GRASSET.

E. BENVENISTE

Problèmes de linguistique générale.

P. BRUNO

Sur la formation des concepts freudiens de Psychique/Psychologique
in NRP n° 3 1971

L. CHERTOK

L'hypnose — P.B.P.

G. DAUMEZON

Légitimité de l'intérêt pour l'histoire de la psychiatrie
in "Information psychiatrique" nov. 1968 - vol. 44 - n° 9

H. ELLENBERGER

La découverte de l'inconscient - SIMEP Edit.

S. FREUD

La technique psychanalytique - PUF

J. GAGEY

La scientificité de la clinique
in "Psychanalyse à l'université" T 1 - n° 1. Dec. 75

M. GRESSOT

De l'histoire pour quoi faire ?
in "Information psychiatrique" nov. 1968 - volume 44 - n° 9

M. SERRES

Autour de Boltzman
in "Critique : Freud et Vienne en 1900".

R. de SAUSSURE

La cure magnétique
in "Information psychiatrique" - vol. 44 - n° 10 - déc. 1968

R. TABAKMAM

Magnétisme animal et psychologie des profondeurs.
Thèse ième cycle Laboratoire de psychanalyse Paris VII

J. VINCHON

Mesmer et son secret - PRIVAT Edit.

● Chapitre II

M. BALINT

Le médecin, son malade et la maladie.

Edition traduite par J.P. VALABREGA - PBP

J. GUYOTAT - J. HOCHMAN - J. PELLET - M. MARIE CARDINE

Psychiatrie et formation psychologique du médecin.

Rapport de psychiatrie présenté au congrès de psychiatrie et neurologie de langue française.
MASSON et Cie. Edit. 1967.

M. SAPIR

La relaxation, son approche psychanalytique. - DUNOD

J.H. SCHULTZ

Le training autogène.

Adaptation française sous la direction de R. DURAND de BOUSINGEN - PUF.

D.W. WINNICOTT

Jeu et réalité - l'espace potentiel.

Edition traduite par Cl. Monod et J.B. Pontalis GALLIMARD

● Chapitre III

Ph. BOUSQUET et A. HOURTON

Le travail chez l'habitant

in "Information psychiatrique" Vol. 49 - n° 4 - avril 1973

BENOIT et DAUMEZON

Apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique.

Rapport de psychiatrie au congrès de MILAN 1970 - MASSON Edit.

M. COLIN et J.C. ROLLAND

L'autorité et le contrôle dans les institutions de traitement criminologique.

Quatrièmes journées internationales de criminologie clinique comparée.

28 - 30 avril 1975.

J. HOCHMAN

Pour une psychiatrie communautaire.

Edit. du SEUIL

D. LAGACHE

Situation de l'agressivité

in "Bulletin Psycho" XIV, 1, 1960.

Cl. LEVI STRAUSS

Anthropologie structurale PLON

M. MIDENET - LAMBERT - Jeanine MIDENET - G. MARCOU - P.A. LAMBERT

Bilan de six années de pratique sectorisée dans un service de province.
in "Information psychiatrique" Dec. 1965 n° 10

P. WATZLAWICK - J. WEAKLAND - R. FISCH

Changements. Paradoxes et psychothérapie.
Edit. du SEUIL.

● Conclusion

F. GANTHERET

Remarques sur la plade et le statut du corps en psychanalyse
in NRP n° 3 1971

J. MORENON

L'invention du monde - Travail non publié.

F. PERRIER

Savoir freudien et clinique psychiatrique
in "Information psychiatrique" Vol. 46 n° 6

L. SEBAG

L'invention du monde chez les indiens puebls. MASPERO

Mme SECHEHAYE

Introduction à une psychothérapie des schizophrènes ; les réalisations symboliques.
P.U.F.

TABLE DES MATIERES



AVANT–PROPOS.	2
Le prétexte de ce travail est sans aucun doute lié aux circonstances.	2
Le soin psychiatrique : un agir impliquant des parti-pris	3
Notre méthode d’approche : analyse critique et réflexion historique	3
Après-coup	4
 INTRODUCTION	 6
Les malheureuses contestations de la psychiatrie	6
<i>La psychothérapie institutionnelle</i> <i>L’antipsychiatrie.</i>	
Une critique de la critique	6
<i>La double nécessité de retrouver une tradition</i> <i>Spécifier notre activité en fonction de ses moyens et de ses buts</i>	
Le lieu de notre réflexion	10
<i>Dépasser les oppositions stériles.</i> <i>Une double perspective.</i> <i>Pratiques idéologique et/ou scientifique.</i> <i>Maintenir l’incision de notre interrogation.</i> <i>Définir et agir notre fonction.</i>	
 CHAPITRE I	 13
L’ENRACINEMENT DANS UN HERITAGE.	
Une réflexion historique : Pourquoi ? Comment ?	13
<i>Une relation à l’expérience des “ainés”.</i> <i>Reconnaître son identité par l’appartenance à une culture.</i> <i>Prouver sa “maturité épistémologique” en participant correctement au savoir de son temps.</i> <i>La querelle de l’hypnose.</i> <i>La fissure d’un antagonisme par l’introduction d’un nouveau paradigme.</i> <i>Vers une distinction des réalités psychologique et physiologique.</i> <i>Leur élaboration conceptuelle spécifique.</i>	

Démarche historique/ordre dogmatique :
pour la sémiologie, mise en évidence de la relation référentielle à un paradigme invisible
La métaphore de l'expérience dans le discours.
Programme.

Le magnétisme animal de MESMER : étape indispensable à l'opposition de l'organique et du psychologique 17

Une "date historique".
Etablir "le rapport".
Une explication-fiction : la théorie fluidique.
La première étude sur la relation.

PUYSEGUR : L'importance thérapeutique de la relation verbale. 20

"L'âge d'or du troupiér : la magnétisation, principal exercice de la vie militaire".
Le sommeil hypnotique : l'abord direct des processus psychologiques par l'émergence de capacités insoupçonnées.
L'engagement personnel du thérapeute.

L'hypnose, source de la psychothérapie moderne. 22

Reconnaître un statut culturel à des découvertes décisives
Respecter les principes d'une méthode thérapeutique cohérente
Comprendre la création des techniques ultérieures comme la recherche de solutions aux problèmes de l'hypnose.
L'essor du training autogène : passage de l'empirique intuitif au technique rigoureusement prescrit.

CHAPITRE II

LA MEDIATION DU TRAINING AUTOGENE DE SCHULTZ 26

La longue histoire d'un "traitement raté" 26

Une forte demande de médialisation.
Un déclenchement "accidentel".
Un affrontement sado-masochique.

L'impasse descriptive. 27

La méconnaissance d'une répétition pathologique qui s'actualise "ici et maintenant"
Un jugement de valeur déguisé : l'extériorité normative d'une sémiologie "en manque".

La relation thérapeutique. 28

Sémiologie différentielle et intervention thérapeutique en relation au sens de la rencontre.
Un risque à courir entre deux écueils.
S'engager "au plus près" des capacités du MOI du malade.

La médiation du training autogène.	29
<i>Pourquoi ce projet de relaxation ?</i>	
<i>Les étapes successives d'un "faire ensemble".</i>	
<i>La reprise évolutive.</i>	
<i>Quelques axes de recherche.</i>	
CHAPITRE III	
L'EFFICACITE SYMBOLIQUE DU SOIN PSYCHIATRIQUE A DOMICILE . . .	33
Une expérience concrète	33
<i>Notes établies au cours de la première rencontre.</i>	
<i>Des conditions de travail privilégiées.</i>	
<i>Nos moyens habituels.</i>	
<i>Vers d'autres possibilités.</i>	
 Une interrogation	 36
<i>Une existence scientifique.</i>	
<i>L'importance de la mise en situation.</i>	
<i>Les intersections de l'offre et de la demande.</i>	
<i>L'intégration au Code Social.</i>	
<i>Deux dangers : réduction anecdotique ou fétichisation.</i>	
 La demande d'exclusion à la rencontre de la clinique classique	 38
<i>Une sémiologie normative.</i>	
<i>Les soins hospitaliers.</i>	
<i>Structure/événement ; jeu/rite ; métaphore (similarité)/métonymie (contiguïté).</i>	
<i>La critique : dernier alibi d'incompétence.</i>	
 Un modèle d'évolution.	 40
<i>Pourquoi ? Comment ?</i>	
<i>A l'écoute du discours du sujet.</i>	
<i>La persévération d'une aberrante logique.</i>	
<i>Un postulat imaginaire plus réel que la réalité.</i>	
<i>Revendication agressive et troubles narcissiques.</i>	
<i>Une situation thérapeutique à l'intérieur même de la crise.</i>	
 Un système d'oppositions et de corrélations	 42
<i>Un chemin de crête entre soumission docile et clivage.</i>	
<i>Le désordre légalisé.</i>	
 La création d'une situation familiale différente.	 45
<i>Les difficultés à traiter.</i>	
<i>Les conditions d'un "cadre nouveau".</i>	
<i>La portée symbolique des visites à domicile.</i>	

CONCLUSIONS	48
La théorie et la pratique	49
L’approche clinique comme projet créateur	49
L’arbitrage de l’offre et de la demande par la médiation du tiers social . .	49
Les procès légalisateurs de la subversion dans l’institution	50
La relation du soignant au tiers institué : sa fonction inductrice d’évolution thérapeutique	50
Les médiations symboliques de l’offre de soin.	51
BIBLIOGRAPHIE	53



